

indicación de inmunoterapia. Por todo ello la identificación de nuevos biomarcadores se vuelve necesaria.

Material y métodos: Hemos aplicado la transferencia de energía por resonancia de Föster para medir la transferencia de energía entre la célula T y la célula tumoral en 9 pacientes con CPNM. La célula tumoral produce sobreexpresión del PD-L1 dirigida a inhibir las funciones efectoras y la proliferación celular de los linfocitos T. Si hay interacción entre las proteínas habrá transferencia de energía entre el donador (célula T) y elceptor (célula tumoral) ocurriendo FRET.

Resultados: IMAGEN 1. Resultados de FRET en 9 casos como medida del nivel de interacción PD-1/PD-L1. Se observa una gran heterogeneidad en los valores de FRET (de 0 al 19%). El FRET promedio desde 0% a 8,6%. Los resultados distinguen y cuantifican la heterogeneidad intra e intertumoral en la población analizada sin afectar la arquitectura tisular. La tabla refleja porcentajes de expresión de PD-L1 determinados mediante IHC, la supervivencia (11 meses de seguimiento) y la respuesta a primera línea de tratamiento con pembrolizumab en monoterapia o en combinación. En el paciente 0035-G no hubo correlación por fallecimiento.

Conclusiones: aFRET supone una novedosa tecnología basada en la adquisición de imágenes cuantitativas no afectada por los niveles de expresión de los biomarcadores que cuantifica la heterogeneidad molecular entre las distintas áreas de un mismo tumor. La baja correlación entre la expresión PD-L1 y la interacción PD-1/PD-L1 explicaría la resistencia a la inmunoterapia en pacientes PD-L1 positivo. Supone un nuevo biomarcador (interacción PD-1/PD-L1) más específico permitiendo personalizar el tratamiento acorde a las características de cada tumor.

860. VARIACIÓN DEL PERFIL METABOLÓMICO TRAS CIRUGÍA CURATIVA EN EL CÁNCER DE PULMÓN. ESTUDIO LONGITUDINAL PROSPECTIVO (PROMOTER)

Luis Alejandro Padrón Fraysse¹, Antonio Pereira Vega¹, Isabel Díaz Olivares², Germán Peces Barba Romero³, Carolina Gotera Rivera³, Luis Seijo Maceira⁴, María Rodríguez Pérez⁴, Ana Blanco Orozco⁵, José Luis López Campos⁶, Belén Callejón Leblí⁷, Saida Sánchez Espirilla⁸, José Luis Gómez Ariza⁷ y Tamara García Barrera⁷

¹Servicio de Neumología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva, España. ²Fundación FABIS, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, Huelva, España. ³IS-Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España. ⁴Clinica Universitaria de Navarra. Madrid, Madrid, España. ⁵Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. ⁶Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. ⁷Departamento de Química Analítica, Universidad de Huelva, Huelva, España. ⁸Universidad de Cuzco, Cuzco, Perú.

Introducción: La metabolómica se ha posicionado como campo de estudio prometedor en la detección de biomarcadores (BM) del cáncer de pulmón (CP). El estudio PROMOTER recoge muestras de suero pre/post cirugía de tórax (CT) con intención curativa del CP, con un seguimiento al mes, y cada 3 meses durante 3 años tras la CT. Presentamos un estudio piloto en el que analizamos las variaciones metabólicas (MB) pre/post CT (primeros 6 meses).

Material y métodos: Se han seleccionado 48 muestras pre y 30 post-CT de los pacientes operados con intención curativa incluidos en el estudio hasta el momento. Se han determinado los perfiles metabólicos de las muestras con espectrometría de masas de alta resolución (Q-TOFMS) acoplada a cromatografía de líquido de ultra alta eficacia. Se compararon los grupos (pre/post-CT) mediante el análisis discriminante de mínimos cuadrados parciales (PLS-DA). Se identificaron los metabolitos causales de las diferencias encontradas, y

finalmente se aplicaron curvas ROC a los valores obtenidos, considerando potenciales BM aquellos que presentaron un AUC ≥ 0,70.

Resultados: Tras la CT hemos apreciado una clara modificación de los perfiles MB globales mediante PLS-DA (fig.), identificando un total de 25 metabolitos que sufren cambios en su expresión (\uparrow o \downarrow) pre/post-CT. Los metabolitos alterados pertenecen principalmente a las clases de los prenoles, ácidos grasos y glicerolípidos, participando en numerosas rutas metabólicas como el metabolismo de los glicerofosfolípidos. Los metabolitos que presentaron una AUC ≥ 0,70 en las muestras analizadas fueron: lisofosfatidil colina (17:0), ácido humulínico y palmitamida.

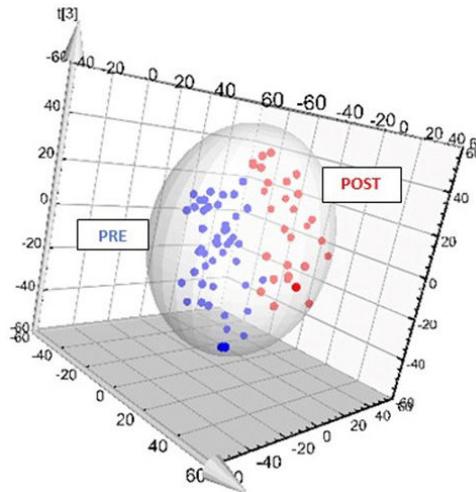


Figura 1. Comunicación 860. Análisis discriminante de mínimos cuadrados parciales PLS-DA de las muestras de suero pre/poscirugía.

Conclusiones: Se observaron diferencias en los perfiles metabólicos de los pacientes pre/pos-CT y se han identificado diversos metabolitos relacionados con las diferencias encontradas. Estos metabolitos podrían ser potenciales BM de curación tras una cirugía con intención curativa del cáncer de pulmón. Su seguimiento nos permitirá validar estos resultados iniciales.

TABAQUISMO

17. ANÁLISIS DE ACTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE ALTA COMPLEJIDAD EN TRATAMIENTO DE TABAQUISMO: RESULTADOS Y PAPEL DE LA COMORBILIDAD

Alejandro Frino García, Silvia Mondon Vehils, Mireia Graell Gabriel, Magalí Andreu Mondon, Xavier Alsina Restoy, Nancy Pérez Rodas, María Noboa Sevilla, Elvis Paul Matheus, Fernanda Hernández González y Jacobo Sellarés Torres

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

Introducción: Desde el 2018, en nuestro hospital se ha desarrollado una unidad multidisciplinar de colaboración entre psiquiatría y neumología, para el tratamiento del tabaquismo para aquellos fumadores que por comorbilidad grave y de alta complejidad requieren un manejo personalizado. Objetivos: conocer las comorbilidades y las tasas de abandono en la Unidad de Alta Complejidad en Tabaquismo del Hospital Clínic.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de las visitas realizadas entre junio 2018 y agosto 2020.

Resultados: Consultaron 142 pacientes, de edad media de 59 años (44,4% mujeres). La edad de inicio del consumo fue de 19 años, la dosis diaria de 22 cigarrillos y acumulada de 42 paquetes/año, con un

test de Fagerström de 6, Glover-Nilsson de 18 y una cooximetría 19 ppm en la primera visita. La tasa de abandono fue de 53% al tercer mes y del 39% al sexto mes. El seguimiento fue del 69% al sexto mes. El 77% de pacientes presentaban comorbilidades: psiquiátrica 56%, respiratoria 53%, cardiológica 49%, cáncer 40%, otras adicciones 27% y trasplante 8%. Se utilizó bupropión 6%; TSN: 23%; vareniclina 67%; terapia combinada 15%.

Comorbilidad en población fumadora	%
Con cualquier comorbilidad	77
Psiquiátrica	56
Respiratoria	53
Cardiológica	49
Cáncer	40
Otras adicciones	27
Trasplante	8

Tabla 1. Comunicación 17.

Seguimiento y abandono	%
Seguimiento al 6 ^{to} . mes	69
tasa de abandono al 3 ^{er} . mes	53
tasa de abandono al 6 ^{to} . mes	39

Tabla 2. Comunicación 17.

Conclusiones: La mayor comorbilidad de estos pacientes justifica la atención en una Unidad de Alta Complejidad con capacidad de intervenir e interactuar con los especialistas correspondientes a fin de lograr una segura y eficiente intervención.

57. ANÁLISIS DE LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Martín A. Ruano Carretero, Marta Figuerola Esteban Esteban y Esperanza Salcedo Lobera

Unidad de Gestión Clínica Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España.

Introducción: El tabaquismo es la primera causa de muerte evitable en los países desarrollados en relación con numerosas enfermedades crónicas (enfermedades cardiovasculares, respiratorias y cáncer). Se ha demostrado que los tratamientos específicos son coste-efectivos, el objetivo de este trabajo es analizar los pacientes de nuestra consulta y su evolución en el 1^{er} mes.

Material y métodos: Estudio descriptivo de 100 pacientes derivados a la consulta de deshabituación tabáquica en 2022. Se han analizado variables epidemiológicas y sobre el hábito tabáquico en la primera consulta y en la consulta de seguimiento en el primer mes.

Resultados: El 47% eran mujeres con una edad media de $58,7 \pm 8,3$ años y un índice acumulado tabáquico (IPA) de $54,3 \pm 22,3$ paquetes-año, en la tabla 1 quedan recogidas las características clínicas de

nuestros pacientes. En la 1^a visita se objetivó la dependencia, etapa respecto al abandono tabáquico, valores cooximéticos y se decidió que tratamiento sería más adecuado (tabla 2), siendo en el 75% un tratamiento sustitutivo con nicotina (en 6 casos fue combinado con bupropión), en el 10% no se empleó tratamiento farmacológico, 8% bupropión exclusivamente, y 7% con citisina; en todos los casos se realizó terapia conductual-cognitiva. Al mes se realizó la consulta de seguimiento, cuyos resultados se recogen también en la tabla 2 junto con cooximetría de control; de los 58 pacientes que se encuentran en fase de preparación para la acción, al mes se objetiva que no fuman el 41,37% de los casos. También se evaluaron otros aspectos como el craving que presentaron estos pacientes cuantificado como intenso en 38 de ellos, moderado en 8 y leve en 4 pacientes, solo 2 pacientes que dejaron de fumar presentaron craving. Además se ha comparado los diferentes tratamientos sin presentar diferencias estadísticamente significativas entre ellos.

PATOLOGIA	
FRCV	HTA 46 pacientes DM 20 pacientes Dislipemia 43 pacientes
Cardiacas	IAM previo 11 pacientes
Respiratorias	EPOC 37 pacientes Asma 11 pacientes Apnea sueño 10 pacientes Bronquiectasias 5 pacientes EPID 4 pacientes Neoplasia pulmón 3 pacientes Nódulo pulmonar 3 pacientes
Neurologicas	ACV 2 pacientes AIT 1 paciente
Psiquiátricas	Trastorno ansioso-depresivo 18 pacientes
Digestivas	Cirrosis hepática 6 pacientes

Tabla 1. Comunicación 57. Comorbilidades de los pacientes que acuden a consulta.

1 ^a visita		2 ^a visita	
Fagerström	6,3±2,2		
Dependencia	Alta 54 pacientes Moderada 24 pacientes Baja 22 pacientes	Evolución	24 no fuman 18 continúan fumando 16 disminución consumo 8 no inicio tratamiento 34 no acuden a revisión
Cooximetría	17,1±11,1ppb	Cooximetría	7,4±7,1ppb
Fase proceso	Preparación 58 pacientes Precontemplativo 2 pacientes Contemplativo 32 pacientes Acción 8 pacientes	Craving	Intenso 38 pacientes Moderado 8 pacientes Leve 4 pacientes

Tabla 2. Comunicación 57. Características en 1^a consulta y revisión.

Conclusiones: Los pacientes derivados para deshabituación tabáquica presentan numerosas comorbilidades siendo las más frecuentes cardiovasculares y respiratorias entre ellas EPOC. La tasa de abandono del hábito tabáquico al mes de la intervención en pacientes en pacientes en fase de preparación para la acción es del 41,37%.

737. ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE CITISINA EN EL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Elisa Landin Rey¹, Rafael Vázquez Gallardo², Belén Iglesias Francesch³, Carlos Rábade Castedo¹, Alberto Fernández Villar² y Luis Valdés Cuadrado¹

¹Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España. ²Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, España. ³Área Sanitaria A Coruña, A Coruña, España.

Introducción: La citisina, un alcaloide natural, agonista parcial de los receptores nicotínicos $\alpha 4\beta 2$, fue introducido recientemente en España como fármaco de dependencia a la nicotina. Existe evidencia científica sólida de su seguridad y eficacia. No obstante, en nuestro medio carecemos de estudios que así lo demuestren. Por ello, el propósito de nuestro trabajo es analizar su efectividad y seguridad en 3 centros de distinto nivel asistencial que ofrecen ayuda de cesación tabáquica.

Material y métodos: Estudio descriptivo de una muestra de 95 fumadores procedentes de 3 servicios de cesación tabáquica de nuestra comunidad autónoma tratados con citisina en pauta estándar durante 25 días comprobándose la adherencia al tratamiento por autodeclaración del paciente, comprobación del blíster y retirada del fármaco en la oficina de farmacia. Se evalúa la presencia de efectos adversos y la abstinencia mantenida a los 30 días y a las 12 semanas entre noviembre de 2021 y junio de 2022. Asimismo, se analizan las diferencias en las variables clínicas asociadas al tabaquismo y la efectividad de la intervención de cesación tabáquica con citisina mediante la prueba chi-cuadrado, prueba t-Student y pruebas no paramétricas.

Resultados: Las características descriptivas de la muestra se adjuntan en tabla. Se observa un porcentaje de abstinencia del 81% a los 30 días y del 58% a las 12 semanas. Solo un 7,1% presenta efectos secundarios, siendo los síntomas digestivos los más frecuentes. Se observa un valor medio de motivación mayor en los abstinentes a las 12 semanas tras tratamiento con citisina ($8,7 \pm 1,1$ vs. $8 \pm 1,1$ p = 0,02).

n	95
Edad (años)	42,9±18,22
Sexo	56% mujeres
Consumo acumulado (paq-año)	42,1±18,2
CO (ppm)	16,56±6,1
Motivación (EVA)	8,44±1,47
FTND	6,44±1,64

Los resultados se expresan en porcentajes y medias ±desviación típica

Tabla 1. Comunicación 737.

Conclusiones: Citisina es un fármaco seguro presentando la mitad de efectos adversos que otros agonistas parciales de los receptores nicotínicos $\alpha 4\beta 2$ citisina es un fármaco de cesación tabáquica efectivo a corto plazo.

733. ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES INTERVENIDOS POR TUMOR BRONQUIAL SEGÚN SU HÁBITO TABÁQUICO

Walther Ivan Girón Matute¹, Cristina Sánchez Fernández¹, Raquel Terán Marcos¹, Ángela Gómez Sacristán¹, Zichen Ji¹, Daniel Eduardo López Padilla¹, Elena Vara Ameigeiras², Ignacio Garutti Martínez², Francisco de la Gala García², Javier de Miguel Diez¹ y Luis Puente Maestu¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

²Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

Introducción: El tabaco es la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte prematura en el mundo. Perjudica por múltiples mecanismos la función protectora de la vía aérea. Además del deterioro estructural que puede causar, fumar aumenta de manera significativa las infecciones sistémicas al causar inflamación y daño del sistema inmune tanto celular como humorales. Así mismo, es el principal causante de los tumores de vías respiratorias, además de estar involucrado en otro tipo de tumores como los del área orofaríngea, vejiga, colon, entre otros.

Material y métodos: Estudio de cohortes en el que se recogió una muestra de 174 pacientes intervenidos por un tumor bronquial durante el periodo de tres años. Se dividieron según su hábito tabáquico en fumadores (consumo activo en el momento de la intervención) y no fumadores (nunca fumadores o que hubiesen abandonado el consumo 30 días antes de la intervención). Posteriormente, se realizó un seguimiento durante 30 días en el que se recogieron diferentes características clínicas que fueron analizadas.

Resultados: Del total de la muestra, 119 eran no fumadores y 53 fueron fumadores. La edad media fue de 62 años. Las características demográficas de los pacientes se observan en la tabla. El adenocarcinoma fue más frecuente entre los no fumadores activos, mientras que el epidermoide entre los fumadores activos. Un total de trece desarrollaron neumonía posoperatoria, de los cuales nueve eran del grupo de fumadores y 4 en el grupo de no fumadores.

Todos n= 174	No fumador n= 119	Fumador n= 55	Todos n= 174
Edad (años), m (DE)	63.4 (11.2)	65.6 (11.4)	62 (9.7)
IMC (kg/m ²)	26.3 (4.5)	26.6 (4.3)	25.7 (5.0)
FEV1/FVCE (%)	72.6 (12.8)	74.9 (12.5)	68.4 (5.2)
DLCO (%)	91.3 (22.3)	96.3 (21.2)	81.7 (21.6)
Sexo femenino, n (%)	62 (35.6)	49 (41.2)	13 (23.6)
Resección			
• Neumectomía,	3 (1.7)	1 (0.84)	2 (3.6)
• Lobectomía	111 (63.8)	79 (66.4)	32 (58.2)
• Segmentectomía	61 (35.1)	40 (33.6)	21 (38.2)
Tipo de tumor			
• Primario, n (%)	165 (94.8)	112 (94.1)	53 (96.6)
○ Adenocarcinoma, n (%)	93 (56.3)	68 (57.1)	25 (45.4)
○ Epidermoide, n (%)	72 (43.7)	40 (42.9)	32 (54.5)
• Metastásico, n (%)	9 (5.2)	7 (5.9)	2 (3.6)

Tabla 1. Comunicación 733. Características basales de los pacientes.

Conclusiones: En comparación con los no fumadores, los pacientes con hábito tabáquico activo tenían un mayor riesgo de desarrollar neumonía tras una intervención quirúrgica. Entre este grupo el cáncer epidermoide fue el más frecuente, mientras que entre los no fumadores activos fue el adenocarcinoma.

249. ANÁLISIS DE LOS TRATAMIENTOS PRESCRITOS EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE TABACO

Carmen Martos Martínez y Adela Morcillo López

Hospital General de l'Hospitalet, Barcelona, España.

Introducción: El tabaquismo es una enfermedad crónica aditiva y una de las principales causas de enfermedad y muerte evitable. Según la encuesta de Salud, En España en el 2020 un 16,4% de mujeres y un 23,3% de hombres fuman a diario. Hay distintas estrategias farmacológicas para ayudar a dejar de fumar: bupropión, citisina, TSN y no farmacológicas (reducción, entrevista motivacional). Objetivo: analizar el tipo de tratamiento prevalente, tipo de patología, efectos secundarios, y abstinencia conseguida.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo con recogida de datos a partir de la historia clínica en el periodo de abril a septiembre 2022.

Resultados: Se analizan 149 casos de los cuales 90 (60,4%) fueron hombres y 59 (39,6%) mujeres. Por grupos de edad, el 63,76% de nuestros pacientes tienen entre 36-65 años 63,76%, seguido por el grupo

> 65 años 22,82%. Y en 85 casos presentan una patología previa (grupo 1: cardiovascular y respiratorio). Valorados con la Escala Visual (Ritchmond) 114 (76,5%) de los casos tienen una alta motivación. Mediante escala visual: 106 de los casos refieren una alta Auto eficacia (71,22%). Valorados por T. Fagerström 90 casos presentan una alta dependencia (60,4%), 45 casos dependencia media (30,2%) y 13 casos (8,72%) dependencia baja. En la variable de intentos previos, encontramos 65 casos (43,62%) que realizaron intentos para dejar de fumar sin fármacos y 55 casos (36,91%) con fármacos y 29 casos 19,46% no realizaron ningún intento para dejar de fumar. De los tratamientos prescritos el bupropión es el más recetado con 51 casos (34,23%) seguido de TSN con 48 casos (32,21%) No presentan efectos secundarios en 112 casos (75,17%). Completaron el tratamiento prescrito 79 casos (53,02%) pero en 56 casos (37,58%) no consiguieron abstinencia a pesar de iniciar tratamientos, 29 casos (19,46%) permanecieron sin fumar durante 3 meses. No acudieron a las terceras visitas de seguimiento de la Consulta de Tabaco 77 casos (51,68%).

Conclusiones: La población estudiada tiene una alta Motivación, alta autoeficacia y una dependencia muy alta al tabaco. El tratamiento más prescrito fue el bupropión 34,23%. Consiguieron dejar de fumar 65 casos 43,62% durante 3 meses, no consiguieron la abstinencia antes del primer mes 56 casos 37,58%.

873. ANÁLISIS DE MORTALIDAD DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS FUMADORES EN SEGUIMIENTO EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA DE TABAQUISMO

María del Mar Ignacio Expósito¹,

María Guadalupe Hurtado Gañan¹, María Pavón Masa¹,

Ángel Vilches Arenas², Soledad Montserrat García³

y Agustín Valido Morales¹

¹Neumología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España. ²Medicina Preventiva, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España. ³Psicología especializada, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Introducción: Fumar es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de diabetes mellitus 2 (DM2) y síndrome metabólico. Se ha demostrado que condiciona un peor control glucémico y aumenta el riesgo de complicaciones relacionadas con el daño macrovascular con tasas de mortalidad de hasta el doble con respecto a pacientes no DM2. Objetivo: principal: conocer el perfil de pacientes DM2 que acuden a consulta de deshabituación tabáquica. Secundario: estudio de las posibles diferencias entre aquellos que finalmente fallecen y los que no.

Material y métodos: Estudio analítico observacional de una cohorte de 847 pacientes diagnosticados de DM2 fumadores en seguimiento en la unidad especializada de tabaquismo desde 2008 hasta 2018. Se ha realizado el análisis de supervivencia mediante la regresión de Cox.

N = 847

VARIABLE	VIVOS		EXITUS		P
	N (%)	IC 95%	N (%)	IC 95%	
COX 3					
<6PPM	196 (74,2%)	68,7 ; 79,2	45 (66,2%)	54,4 ; 76,6	
6 – 9 PPM	66 (25,0%)	20,1 ; 30,5	22 (32,4%)	22,1 ; 44,0	
>10 PPM	2,0 (0,8%)	0,2 ; 2,4	1,0 (1,5%)	0,2 ; 6,7	0,388
COX 6					
<6PPM	190 (86,0%)	80,9 ; 90,1	53 (82,8%)	72,7 ; 90,5	
6 – 9 PPM	31 (14,0%)	9,9 ; 11,0	11 (17,2%)	9,5 ; 27,8	
<10 PPM	0		0		
COX 12					
<6 PPM	185 (91,6%)	87,2 ; 94,8	53 (84,1%)	73,7 ; 91,5	
6 – 9 PPM	17 (8,4%)	5,2 ; 12,8	10 (15,9%)	8,5 ; 26,3	
>10 PPM	0		0		

Tabla 1. Comunicación 873. Comparativa de los resultados de las cooximetrías realizadas a las 3, 6 y 12 meses.

VARIABLE	HR	IC 95%	P
SEXO	1		
Hombre	2,760	1,686 ; 4,518	0,000
Edad act	1,102	1,093 ; 1,111	< 0,001
IPA	1,022	1,016 ; 1,028	0,000
Edad basal	1,076	1,056 ; 1,095	0,000
IMC	1,004	0,990 ; 1,018	0,591
Intento abandono previo			
Si	0,803	0,572 ; 1,128	0,803
HTA			
Si	2,122	1,472 ; 3,060	0,000
DLP			
Si	1,036	0,750 ; 1,433	0,828
CANCER			
Si	1,631	0,831 ; 3,202	0,0155
PAT RESPI			
Si	1,734	1,248 ; 2,409	0,001
CARDIOPATIA			
Si	1,914	1,353 ; 2,707	0,000
HEPATOPATIA			
Si	2,104	1,031 ; 4,929	0,041
INS RENAL			
Si	1,212	0,449 ; 3,275	0,704
TRASTORNO PSIQUI			
Si	0,714	0,436 ; 1,169	0,180
ACV			
Si	2,340	1,265 ; 4,327	0,007
AOS			
Si	0,929	0,0636 ; 1,357	0,702
DROGAS			
Si	1,037	0,425 ; 2,530	0,936
FAGERSTROM			
Dependencia baja/media	0,966	0,699 ; 1,334	0,966
Dependencia alta			

Tabla 2. Comunicación 873. Análisis de supervivencia mediante regresión de COX.

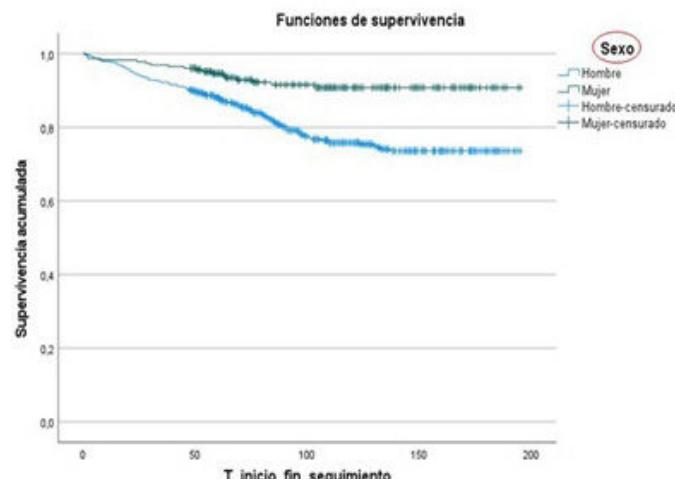


Figura 1. Comunicación 873.

Sexo

Homme

Mujer

Homme-censurado

Mujer-censurado

VARIABLE	VIVOS		EXITUS		P
	N (%)	IC 95%	N (%)	IC 95%	
COX 3					
<6PPM	196 (74,2%)	68,7 ; 79,2	45 (66,2%)	54,4 ; 76,6	
6 – 9 PPM	66 (25,0%)	20,1 ; 30,5	22 (32,4%)	22,1 ; 44,0	
>10 PPM	2,0 (0,8%)	0,2 ; 2,4	1,0 (1,5%)	0,2 ; 6,7	0,388
COX 6					
<6PPM	190 (86,0%)	80,9 ; 90,1	53 (82,8%)	72,7 ; 90,5	
6 – 9 PPM	31 (14,0%)	9,9 ; 11,0	11 (17,2%)	9,5 ; 27,8	
<10 PPM	0		0		
COX 12					
<6 PPM	185 (91,6%)	87,2 ; 94,8	53 (84,1%)	73,7 ; 91,5	
6 – 9 PPM	17 (8,4%)	5,2 ; 12,8	10 (15,9%)	8,5 ; 26,3	
>10 PPM	0		0		

Resultados: Se han analizado 847 pacientes. Edad media de 56,7 años. 73,1% hombres. El 17,7% ha fallecido a lo largo de los 10 años de seguimiento. En relación a las comorbilidades: 59,4% hipertensión arterial, 53,5% dislipemia y el 50,1% obesidad. El 4,1% presenta antecedentes oncológicos. El 28,3% asocia patología respiratoria (> 70% EPOC). El 21,5% cardiopatía, 6,1% patología digestiva, 16,5% trastornos psiquiátricos, 2,7% insuficiencia renal y 24,1% apnea obstructiva del sueño. En relación al hábito tabáquico comenzaron a fumar a una edad media de 15,9 años, 27 cigarrillos/día e índice paquetes/año de 48,9. IMC medio 30,25 (obesidad). En la primera visita: resultados del test de Fagerström (media de 6 puntos), test de Richmond (media de 8 puntos), test de HADS-A (puntuación media de 9,6) y test de HADS-D (puntuación media de 6,7). Tratamiento farmacológico el 62,2%: vareniclina y el 37,8% bupropión. El 33,6% completan el programa de deshabituación tabáquica y el 28,1% permanece sin fumar a los 12 meses de seguimiento. En la tabla 1 se representan los resultados de las cooximetrías realizadas a los 3,6 y 12 meses comparando vivos vs. exitus. En la tabla 2 se representa el modelo de regresión de COX (análisis de supervivencia) mediante la hazard ratio.

Conclusiones: Los pacientes DM2 varones, hipertensos, hepatopatas o con antecedentes de accidente cerebrovascular tienen el doble de posibilidad de fallecer en cualquier momento del seguimiento. Más del 50% asocian síndrome metabólico. Es necesario un trabajo conjunto y desarrollo de protocolos de derivación a Endocrinología/Atención Primaria para su tratamiento y prevención desde el momento del diagnóstico.

922. ANÁLISIS DE MORTALIDAD DE PACIENTES FUMADORES QUE ACUDEN A LA CONSULTA ESPECIALIZADA DE TABAQUISMO

María del Mar Ignacio Expósito¹,

María Guadalupe Hurtado Gañán¹, Rafael Perera Louvier¹, Ángel Vilches Arenas² y Agustín Valido Morales¹

¹U.G.C. Neumología. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España. ²Departamento de Medicina Preventiva. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Introducción: El consumo de tabaco continúa siendo a día de hoy el primer factor de riesgo de mortalidad prevenible relacionado con las principales causas de muerte en el mundo. A pesar de que la mayoría de los pacientes que acuden a la consulta especializada de tabaquismo no se consideran enfermos por este motivo. Objetivos: conocer las principales características clínicas y psicológicas de aquellos pacientes que acuden a un programa de deshabituación tabáquica en una unidad especializada. Analizar posibles diferencias entre aquellos que fallecen en un plazo de 10 años.

Material y métodos: Método: estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de 6936 pacientes fumadores en seguimiento en la unidad especializada de tabaquismo desde 2008 hasta 2018.

Resultados: Se han analizado 6.936 pacientes, con edad media de 50,5 años siendo el 55,2% hombres. El 8,7% ha fallecido a lo largo de los 10 años de seguimiento. En la tabla 1 se muestra un análisis comparativo de las comorbilidades entre los vivos y los fallecidos. Destaca la prevalencia de síndrome metabólico asociado, antecedentes oncológicos, patología respiratoria, cardiopatía y hepatopatía en los pacientes que fallecieron con respecto a los que no. En relación al hábito tabáquico, los pacientes que fallecieron acudieron a consulta con una edad media basal de 10 años más con respecto a los vivos. Comenzaron a fumar a una edad media similar, aunque presentan un índice paquetes/año más elevado (55 frente a 35). A pesar de las fatales consecuencias del consumo del tabaco, tal y como reflejan los resultados en la tabla 2, tan solo el 36% de la muestra adherencia la programa (en un contexto de no financiación del tratamiento).

Conclusiones: La población analizada destaca por su carácter pluripatológico, principalmente con tasas elevadas de factores de riesgo cardiovascular y síndrome metabólico, así como una alta prevalencia de patología psiquiátrica asociada. En nuestra serie las variables más relacionadas con la mortalidad forman parte de los principales factores de riesgo cardiovascular. Sería necesario definir perfiles clínicos concretos asociados a un mayor riesgo de mortalidad entre los pacientes que acuden a una consulta de tabaquismo sobre los que establecer una estrategia de seguimiento.

VARIABLE	VIVOS		EXITUS		P
	N (%)	IC 95%	N (%)	IC 95%	
COX 3					
<6PPM	2051 (79,9%)	78,3 ; 81,4	130 (76,9%)	71 ; 81,8	
6 - 9 PPM	506 (19,7%)	18,2 ; 21,3	53 (22,1%)	17,4 ; 27,8	
>10 PPM	30 (0,4%)	0,2 ; 0,7	2 (0,8%)	0,2 ; 0,6	
COX 6					
<6PPM	1900 (85,9%)	84,4 ; 87,3	188 (82,8%)	77,5 ; 87,3	
6 - 9 PPM	309 (14%)	12,6 ; 15,5	39 (17,2%)	12,7 ; 22,5	
>10 PPM	3 (0,1%)	0,0 ; 0,4	0		
COX 12					
<6 PPM	1878 (90,4%)	89,6 ; 92,1	201 (92,2%)	88,1 ; 95,2	
6 - 9 PPM	187 (9,4%)	7,9 ; 10,4	17 (7,8%)	4,8 ; 11,9	
>10 PPM	0				
HADS - A					
Normal	1710 (31,3%)	30,1 ; 32,6	145 (35,7%)	31,2 ; 40,5	
Casos dudosos	1218 (22,3%)	21,2 ; 23,4	85 (20,9%)	17,2 ; 25,1	
Problema clínico	2531 (46,4%)	45 ; 47,7	176 (43%)	38,6 ; 48,2	
HADS - D					
Normal	3438 (61%)	41,7 ; 64,3	220 (54,1%)	49,2 ; 58,9	
Casos dudosos	1075 (19,7%)	18,7 ; 20,8	82 (19,9%)	16,2 ; 24	
Problema clínico	946 (17,3%)	16,3 ; 18,4	106 (26%)	22 ; 30,5	
FAGERSTROM					
Dependencia baja	1037 (16,4%)	15,5 ; 17,3	77 (12,8%)	10,5 ; 15,7	
Dependencia media	2387 (37,7%)	36,5 ; 38,9	205 (34,2%)	36,5 ; 38	
Dependencia alta	2902 (45,9%)	44,6 ; 47,1	318 (33%)	49 ; 57	
RICHMOND					
Nulo	58 (0,9%)	0,7 ; 1,2	3 (0,5%)	0,1 ; 1,3	
Dudoso	42 (0,7%)	0,5 ; 0,9	6 (1%)	0,4 ; 2,0	
Moderado	1009 (15,8%)	15 ; 16,8	125 (20,8%)	17,7 ; 24,2	
Alto	5229 (82,6%)	81,6 ; 83,5	467 (77,7%)	74,2 ; 80,9	

Tabla 1. Comunicación 922. Análisis biovariante de variables cuantitativas (Cooximetrías + Test).

VARIABLE	VIVOS		EXITUS		P
	N (%)	IC 95%	N (%)	IC 95%	
HTA					
No	4714 (74,5%)	73,4 ; 75,5	361 (60,1%)	56,1 ; 63,9	<0,001
Si	1618 (25,5%)	24,5 ; 26,6	240 (39,9%)	36,1 ; 43,9	
DIABETES					
No	5634 (89%)	88,2 ; 89,7	451 (75%)	71,5 ; 78,4	0,000
Si	697 (11%)	10,3 ; 11,8	150 (25%)	21,6 ; 28,5	
DISLIPEMIA					
No	4897 (77,3%)	76,3 ; 78,4	442 (73,5%)	69,9 ; 77	0,035
Si	1435 (22,7%)	21,6 ; 23,7	159 (26,5%)	23 ; 30,1	
CANCER					
No	6091 (96,1%)	95,6 ; 96,6	546 (90,8%)	88,3 ; 93	<0,001
Si	245 (3,9%)	3,4 ; 4,4	55 (9,2%)	7 ; 11,7	
PAT. RESPIRATORIA					
No	4378 (69,1%)	68 ; 70,2	306 (51%)	47 ; 55	0,000
Si	1957 (30,9%)	29,8 ; 32	294 (49%)	45 ; 53	
PAT. PLEURAL					
No	6270 (99%)	98,7 ; 99,2	589 (98%)	96,6 ; 98,9	0,023
Si	63 (1%)	0,8 ; 1,3	12 (2%)	1,1 ; 3,4	
CARDIOPATIA					
No	5741 (90,6%)	89,9 ; 91,3	495 (82,4%)	79,2 ; 85,3	<0,001
Si	593 (9,4%)	8,7 ; 10,1	106 (17,6%)	14,7 ; 20,8	
HEPATOPATIA					
No	6149 (97,1%)	96,6 ; 97,5	565 (94%)	91,9 ; 95,7	<0,001
Si	185 (2,9%)	2,5 ; 3,4	36 (6%)	4,3 ; 8,1	
PAT. INTESTINAL					
No	5890 (93%)	92,3 ; 93,6	556 (92,5%)	90,2 ; 94,4	0,662
Si	444 (7,0%)	6,4 ; 7,7	45 (7,5%)	5,6 ; 9,8	
INSUFI. RENAL					
No	6205 (97,9%)	97,6 ; 98,3	590 (98,2%)	96,9 ; 99	0,695
Si	131 (2,1%)	1,7 ; 2,4	11 (1,8%)	1 ; 3,1	
TRAST. PSIQUIATRICO					
No	5129 (81%)	80 ; 81,9	501 (83,4%)	80,2 ; 86,2	0,149
Si	1207 (19%)	18,1 ; 20	100 (16,6%)	13,8 ; 19,8	
EPILEPSIA					
No	6270 (99%)	98,7 ; 99,2	590 (98,2)	96,9 ; 99	0,078
Si	66 (1,0%)	0,8 ; 1,3	11 (1,8%)	1 ; 3,1	
PAT. ORL					
No	5975 (94,3%)	93,7 ; 94,9	589 (98%)	96,6 ; 98,9	0,001
Si	360 (5,7%)	5,1 ; 6,3	12 (2%)	1,1 ; 3,4	
PAT. ACV					
No	6217 (98,1%)	97,8 ; 98,4	573 (95,3%)	93,4 ; 96,8	0,001
Si	119 (1,9%)	1,6 ; 2,2	28 (4,7%)	3,2 ; 6,6	
PAT EVP					
No	6057 (95,7%)	95,1 ; 96,1	568 (94,5%)	96 ; 98,5	0,192
Si	275 (4,3%)	3,9 ; 4,9	33 (5,5%)	1,5 ; 4	
TIROIDES					
No	6075 (95,9%)	95,4 ; 96,4	586 (97,5%)	96 ; 98,5	0,053
Si	260 (4,1%)	3,6 ; 4,6	15 (2,5%)	1,5 ; 4	
APNEA SUEÑO					
No	5190 (81,9%)	81 ; 82,8	496 (82,5%)	79,3 ; 85,4	0,707
Si	1146 (18,1%)	17,2 ; 19	105 (17,5%)	14,6 ; 20,7	
ALT. OSTEOARTICULAR					
No	5794 (91,4%)	90,7 ; 92,1	566 (94,2%)	92,1 ; 95,8	0,021
Si	542 (8,6%)	7,9 ; 9,3	35 (5,8%)	4,2 ; 7,9	

Tabla 2. Comunicación 922. Análisis biovariante de variables cuantitativas (comorbilidades).

895. ANÁLISIS DE MORTALIDAD EN PACIENTES PSIQUETRICOS EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA DE TABAQUISMO

María del Mar Ignacio Expósito¹, Virginia Almadana Pacheco¹, Cristina Benito Bernáldez¹, Ángel Vilches Arenas², Soledad Montserrat García³ y Agustín Valido Morales¹

¹U.G.C. Neumología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España. ²Departamento de Medicina Preventiva, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España. ³U.G.C. Neumología, Psicología especializada, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Introducción: La prevalencia de consumo de tabaco entre aquellos que padecen algún tipo de patología psiquiátrica es significativamente superior a la de la población general. Como consecuencia está descrito en la bibliografía una tasa de mortalidad asociada al tabaco de casi el doble con respecto al resto de la población. Objetivo: Identificar factores clínicos, psicológicos o sociales que puedan influir en la probabilidad de *exitus* a corto plazo en pacientes que reanulan el programa de deshabituación tabáquica.

Material y métodos: Estudio analítico observacional retrospectivo de una cohorte de 1.307 pacientes diagnosticados con trastorno psiquiátrico fumadores en seguimiento en la unidad especializada de tabaquismo desde 2008 hasta 2018. Se ha realizado el análisis de supervivencia mediante la regresión de Cox.

VARIABLE	HR	IC 95%	P
SEXO			
Hombre	0,284	0,192 ; 0,452	<0,001
IPA	1,028	1,020 ; 1,036	< 0,001
EDAD BASAL	1,075	1,052 ; 1,098	< 0,001
IMC	0,994	0,959 ; 1,030	0,724
INTENTO ABANDONO PREVIO			
Si	0,695	0,452 ; 1,067	0,096
HTA			
Si	0,952	0,628 ; 1,549	0,952
DM			
Si	2,048	1,226 ; 3,421	0,006
DLP			
Si	0,992	0,616 ; 1,598	0,973
CÁNCER			
Si	2,823	1,466 ; 5,539	0,002
PAT RESPIRATORIA			
Si	1,640	1,092 ; 2,465	0,017
PAT PLEURAL			
Si	1,398	0,195 ; 10,360	0,730
CARDIOPATIA			
Si	1,874	1,080 ; 3,254	0,026
HEPATOPATIA			
Si	1,458	0,536 ; 3,969	0,460
PAT GAST			
Si	1,184	0,574 ; 2,443	0,647
INS RENAL			
Si	0,544	0,076 ; 3,905	0,545
ACV			
Si	2,076	0,656 ; 6,56	0,214
APNEA SUEÑO			
Si	0,986	0,568 ; 1,712	0,960
ALT OSTEOARTICULAR			
Si	0,525	0,243 ; 1,134	0,101
DROGAS			
Si	3,586	2,031 ; 6,332	< 0,001

Tabla 1. Comunicación 895. Análisis de supervivencia mediante regresión de COX.

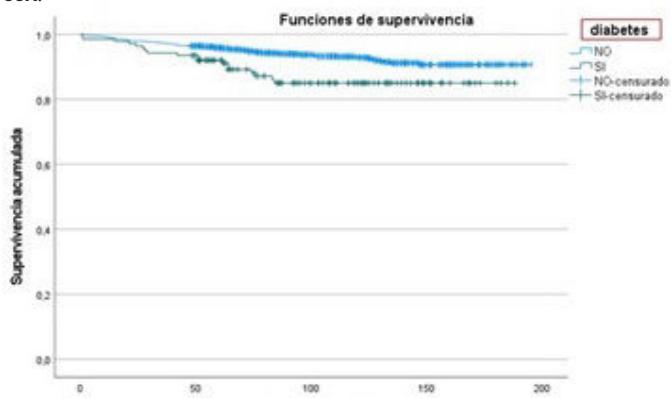


Figura 1. Comunicación 895.

N = 1307

VARIABLE	VIVOS		EXITUS		P
	N (%)	IC 95%	N (%)	IC 95%	
COX 3 MESES					
< 5 ppm	889 (73,7%)	71,1 ; 76,1	79 (79,0%)	70,3 ; 86,1	0,241
6 o más ppm	318 (26,3%)	26,3 ; 23,9	21 (21,0%)	13,9 ; 29,7	
COX 6 MESES					
< 5 ppm	921 (76,3%)	73,8 ; 78,6	83 (83,0%)	74,8 ; 89,4	0,530
6 o más ppm	286 (23,7%)	21,4 ; 26,2	17 (17,0%)	10,6 ; 25,5	
COX 12 MESES					
< 5 ppm	932 (77,2%)	74,8 (79,5%)	85 (85,0%)	77,0 ; 91,0	0,088
6 o más ppm	275 (22,8%)	20,5 (25,2%)	15 (15,0%)	9,0 ; 23,0	

Tabla 2. Comunicación 895. Comparativa de los resultados de las cooximetrías realizadas a los 3, 6 y 12 meses.

Resultados: Se han analizado 1.307 pacientes, con edad media de 51 años. 63,8% mujeres. El 7,7% ha fallecido a lo largo de los 10 años de seguimiento. En relación a las comorbilidades el 28,8% asocian hipertensión arterial, 10,7% diabetes, 23,4% dislipemia y 50% sobrepeso. El 4,5% antecedentes oncológicos. El 30,6% asocia patología respiratoria (> 60% EPOC). El 9,8% cardiopatía, 7,2% patología digestiva, 1,8% insuficiencia renal, 16,3% apnea obstructiva del sueño y 12,6% patología osteoarticular. En relación al hábito tabáquico comenzaron a fumar a una edad media de 17,1 años, 25,1 cigarrillos/día y con un índice paquetes/año de 36,6. En la primera visita se registraron los resultados del test de Fagerström (6,5 puntos), test de Richmond (8 puntos), test de HADS-A (12,6 puntos) y test de HADS-D (8,7). Con respecto al tratamiento farmacológico el 62,2% fue tratado con vareniclina y el 37,8% con bupropión. En la tabla 1 se muestran los resultados de las cooximetrías realizadas a los 3, 6 y 12 meses no obteniendo diferencias significativas. En la tabla 2 se representa el modelo de regresión de Cox (análisis de supervivencia) mediante la Hazard Ratio.

Conclusiones: En cualquier momento del seguimiento los pacientes con trastornos psiquiátricos que asocian antecedentes de accidente cerebrovascular, proceso oncológico previo o diabetes mellitus 2 tienen el doble de probabilidad de *exitus*. Mayor proporción de pacientes mujeres, sin síndrome metabólico asociado y con patología osteoarticular en comparación con muestras generales estudiadas previamente. Los pacientes que asociaban otros trastornos adictivos tienen hasta tres veces más de probabilidad de fallecer en cualquier momento del seguimiento.

287. ANÁLISIS DEL EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN DE CESACIÓN TABÁQUICA EN LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y EN LOS SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA DE LOS FUMADORES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Roi Soto Feijoo, Elisa Landín Rey, Carlos Rábade Castedo, Carlota Rodríguez García, Lucia Ferreiro Fernández, Adriana Lama López, Carlos Zamarrón Sanz, José Manuel Álvarez Dobaño y Luis Valdés Cuadrado

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.

Introducción: El proceso de adicción a la nicotina provoca un aumento en el grado de ansiedad del paciente fumador que puede modificarse como consecuencia de la intervención de cesación tabáquica basada en el asesoramiento psicológico y el tratamiento farmacológico. El objetivo de nuestro estudio es analizar los niveles de ansiedad de los sujetos que acuden a una Unidad de Tabaquismo al inicio de la intervención de cesación tabáquica, su correlación con el síndrome de abstinencia y la variación que muestran ambas variables a los 6 meses de dicha intervención.

Variable	Antes de la intervención	Después de la intervención	Diferencia de medias	IC 95%	P
Escala MNWS	18,95±5,47	15,63±7,35	3,32	1,64-4,99	0,00
Test HADS ansiedad y depresión	16,76±4,4	14,94±4,92	1,81	0,63-3	0,003
Autoeficacia (EVA)	5,74±2,23	6,1±2,34	0,36	0,23-0,95	0,023

Los valores se expresan en medias ± desviación típica

Tabla 1. Comunicación 287. Puntuación media de autoeficacia, síndrome de abstinencia y grado de ansiedad y depresión antes y después de la intervención de deshabituación tabáquica.

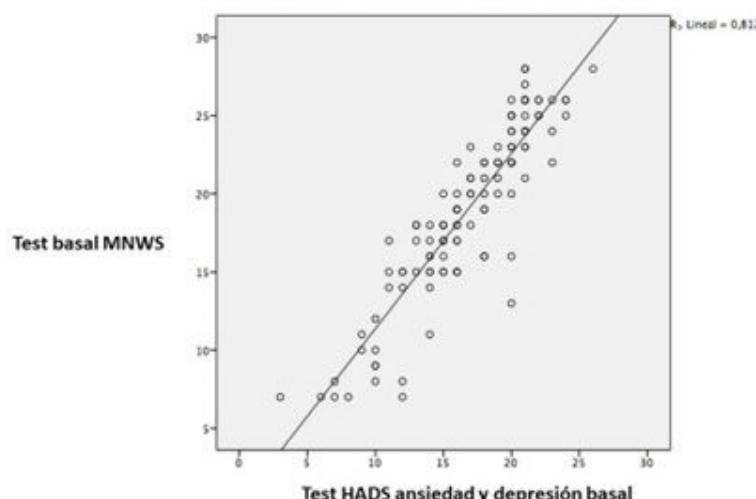


Figura 1. Comunicación 287. Gráfica de dispersión que relaciona el test de HADS de ansiedad y depresión basal con la puntuación del síndrome de abstinencia a través de la escala de Minessota (MNWS) $R^2=0,812$ $p=0,02$.

Material y métodos: Se realiza un análisis descriptivo y cuasiexperimental de una muestra de fumadores que acuden a la Unidad de Tabaquismo durante el año 2020. Se calcula el valor medio del nivel de ansiedad y depresión medido por la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS), los síntomas de abstinencia a través de la Minnesota Smoking Withdrawal Scale (MNWS) y la autoeficacia mediante la escala visual analógica antes y a los 6 meses del inicio de la intervención de deshabituación tabáquica. Se evalúan las diferencias en estas variables a través del test t-Student de muestras relacionadas.

Resultados: Se analiza una muestra de 122 fumadores de la unidad de Tabaquismo (57% varones) con una edad media de $55,56 \pm 10,57$, un grado de tabaquismo de $45,46 \pm 22$ paquetes-año, un valor medio de FTND de $5,7 \pm 1,6$ y autoeficacia de $5,74 \pm 2,23$. El 50% de los pacientes fueron tratados por agonistas parciales nicotínicos $\alpha 4\beta 2$, un 35% con TSN y el resto con bupropión. La puntuación global media del test HADS de ansiedad y depresión es de $16,76 \pm 4,4$, de la subescala de ansiedad de $10,9 \pm 3,35$ y de la MNWS $18,95 \pm 5,5$. Se observa una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($r = 0,81$; $p = 0,00$). Tras la intervención se demuestra una disminución estadísticamente significativa de los niveles de ansiedad y depresión y de los síntomas de abstinencia a la nicotina y un incremento de la autoeficacia (tabla).

Conclusiones: El síndrome de abstinencia a la nicotina está en asociación con los niveles de ansiedad y depresión del paciente fumador. El tratamiento psicológico y farmacológico de la dependencia a la nicotina reduce de forma significativa los síntomas de abstinencia a la nicotina, la puntuación media del test HADS de ansiedad y depresión mejorando la autoeficacia.

574. AÑOS DE ABSTINENCIA TABÁQUICA Y ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA. RESULTADOS DEL ESTUDIO EPISCAN-II

Julia Rey Brandariz¹, Mónica Pérez Ríos¹, Leonor Varela Lema¹, Alberto Fernández Villar², Cristina Represas Represas², Cristina Candal Pedreira¹, Jasjit S. Ahluwalia³ y Alberto Ruano Raviña¹

¹Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España. ²Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España. ³Universidad de Brown, Providence, Estados Unidos.

Introducción: Conocer si los años de abstinencia tabáquica están relacionados con un descenso en el riesgo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es fundamental. La evidencia sobre este aspecto es limitada. El objetivo de este estudio es valorar si el riesgo de EPOC se modifica en función de los años de abstinencia de consumo de tabaco.

Material y métodos: Estudio de casos y controles anidado en el estudio transversal EPISCAN-II, un estudio representativo de la población española de 40 y más años. Se definió como caso el tener un $FEV1/FVC < 0,7$ en la espirometría posbroncodilatadora y como control un $FEV1/FVC \geq 0,7$. Se excluyeron sujetos con diagnóstico previo de EPOC. Se emplearon modelos de regresión logística paramétricos y modelos aditivos generalizados no paramétricos. Se calcularon odds ratios (OR) acompañados de intervalos de confianza al 95%.

Resultados: Se incluyeron a 8.819 personas; 858 casos y 7.961 controles. En el análisis paramétrico, cuando se compara con los nunca fumadores, el riesgo de EPOC disminuye a medida que aumentan los años de cesación del consumo de tabaco, encontrándose el riesgo más bajo a partir de 15 años de abstinencia tabáquica [OR

Variable	Casos		Controles		OR (IC 95%)
	n	%	n	%	
Abstinencia (años desde cese de tabaco)					
Nunca fumadores	266	45,7	3877	59,7	1 (---)
1-2	26	4,5	158	2,4	3,1 (1,9 - 5,0)
3-5	27	4,6	227	3,5	1,9 (1,2 - 3,0)
6-10	46	7,9	354	5,5	2,0 (1,3 - 2,9)
11-15	40	6,9	427	6,6	1,3 (0,9 - 1,9)
>15	177	30,4	1451	22,3	1,2 (0,9 - 1,5)
Abstinencia (años desde cese de tabaco)					
Fumadores	270	46,1	1447	35,6	1 (---)
1-2	26	4,4	158	3,9	0,9 (0,5 - 1,3)
3-5	27	4,6	227	5,6	0,5 (0,3 - 0,8)
6-10	46	7,8	354	8,7	0,5 (0,4 - 0,7)
11-15	40	6,8	427	10,5	0,4 (0,2 - 0,5)
>15	177	30,2	1450	35,7	0,32 (0,26 - 0,41)

*Nota: Ajustado por sexo, edad y cigarrillos/día.

Tabla 1. Comunicación 574. Riesgo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en función de los años de abstinencia de consumo de tabaco en comparación con nunca fumadores y fumadores.

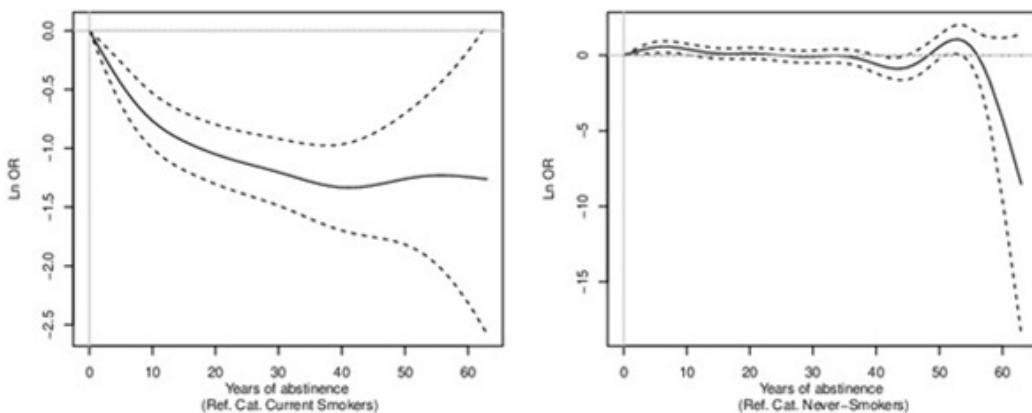


Figura 1. Comunicación 574. Dosis-respuesta entre los años de abstinencia de consumo de tabaco y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Comparación frente a nunca fumadores y fumadores.

1,1 (0,9-1,5)]. Comparando con fumadores, el riesgo de EPOC disminuye a medida que aumentan los años de abstinencia, siendo el riesgo a partir de 15 años de abstinencia el más bajo con una OR de 0,32 (0,26-0,41) (tabla). Esto implica que, frente a un fumador, un exfumador con 15 años o más de abstinencia ha reducido su riesgo de EPOC en dos tercios. Según los modelos no paramétricos, al comparar con respecto a fumadores, el riesgo de EPOC muestra una clara tendencia descendente a medida que aumentan los años de abstinencia (fig.).

Conclusiones: El riesgo de EPOC disminuye de forma clara con los años de abstinencia. Existe ya un beneficio evidente entre 3 y 5 años de abstinencia. Si se compara con fumadores, el riesgo de EPOC ha descendido a la mitad en los exfumadores. A partir de los 15 años de la cesación, parece que el riesgo podría igualarse al de un sujeto nunca fumador. Estos resultados son los más importantes hasta la fecha sobre el efecto de la cesación en el riesgo de EPOC.

clínico-funcional y peor respuesta al tratamiento en el asmático fumador. El objetivo del trabajo consiste en estudiar la frecuencia de asmáticos fumadores que visitan nuestra UET, sus características específicas de tabaquismo, así como la posible influencia "pronóstica" en su enfermedad respiratoria.

Material y métodos: Se realiza un estudio de corte transversal mediante muestreo sistemático de los 4 primeros pacientes (p) que acuden a nuestra unidad durante un período de tiempo necesario para alcanzar el tamaño muestral necesario (68 p.) establecido en el estudio de ámbito nacional "ASMATABAC" (PII SEPAR 2022). Se incluyen pacientes de más de 18 años (a) de ambos性, independientemente de si tienen asma conocida y si es la primera visita a la unidad o no. La variable principal recogida es asma, y además se recogen otras epidemiológicas y clínicas (de tabaquismo y asma). Los resultados se almacenan en una base de datos creada al efecto y se realiza estudio estadístico mediante programa SPSS.

Resultados: Se incluyen 68 p. con una edad media de 51 a, un 58% de ellos en situación laboral activa. La mayoría residen en zona urbana (56%) y realizan algún tipo de actividad física/ejercicio. El diagnóstico de asma estuvo presente en 21 p (30%) (media nacional 18%) con edad media de 44 a y predominio de mujeres. El estudio de tabaquismo (ver tabla) describe un perfil de fumador con un IAP medio de 18 y Fagerström de 6. Fuman por recompensa negativa (61%), tienen alta motivación y baja autoeficacia para el abandono. Presentan comorbilidad cardiovascular (38%) y psiquiátrica (57%). El 61% ha realizado algún intento de abandono, con un 57% de recaídas. En cuanto al asma, la mayoría está mal controlado (ACT de 17), tiene

625. ASMÁTICO FUMADOR EN NUESTRA UNIDAD ESPECIALIZADA DE TABAQUISMO: ¿QUÉ SABEMOS?

María Estrella Ruiz Carretero, Celia de Dios Calama, Amanda Paula Arenas Polo, Marta Cebrián Romero, Marina Sanz Flores y Juan Antonio Riesco Miranda

Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres, Cáceres, España.

Introducción: Los datos publicados revelan que la prevalencia de tabaquismo en asma es similar a la población general no asmática. Además, la evidencia científica conocida sustenta una peor evolución

	Total	Asmáticos	No asmáticos
Perfil del fumador:			
Nº años fumando	31 años	23 años	34 años
Nº paquetes año	27	18	31
Recompensa	Negativa 46 (67%) Positiva 21 (30%)	Negativa 13 (61%) Positiva 8 (38%)	Negativa 33 (70%) Positiva 13 (27%)
Tabaquismo pasivo	37 (54%)	16 (7%)	21 (44%)
Comorbilidad			
Enfermedad cardiovascular	27 (39.7%)	8 (38%)	19 (40%)
EPOC	12 (17.6%)	1 (4.8%)	11 (23%)
Tumores	6 (8.8%)	1 (4.8%)	5 (10%)
Síndrome ansioso-depresivo	33 (48%)	12 (57%)	21 (44%)
Depresión mayor	3 (4.4%)	2 (9.5%)	1 (2%)
Trastorno bipolar	0	0	0
Esquizofrenia	2 (2.9%)	1 (4.8%)	1 (2%)
Otros	3 (4.4%)	2 (9.5%)	1 (2%)
Deshabituación			
Intentos deshabituación	49 (72%)	13 (61%)	35 (74%)
Tratamiento deshabituación	23 (33%)	3 (14%)	20 (42%)
Tipo de tratamiento deshabituación	TSN 3 (4.4%) Vareniclin 17 (25%) Bupropion 1 (1.5%) Terapia psicológica 3 (4.4%)	Vareniclin 2 (9.5%) Terapia psicológica 1 (4.8%)	TSN 3 (6.4%) Vareniclin 15 (31%) Bupropion 1 (2%) Terapia psicológica 2 (4%)
Recaída			
Causas recaída	48 (70%) Síndrome de abstinencia 13 (19%) Crisis vital 9 (13%) Social 26 (38%)	12 (57%) Síndrome de abstinencia 5 (23%) Crisis vital 1 (4.8%) Social 6 (28%)	36 (76%) Síndrome de abstinencia 8 (17%) Crisis vital 8 (17%) Social 20 (42%)
Apoyo	30 (44%)	6 (28%)	24 (51%)
Tipo de apoyo	Familiar 44%	Familiar 28%	Familiar 51%
Motivación	8.6	8.7	8.6
Autoeficacia	5.4	5.2	5.5

Tabla 1. Comunicación 625. Perfil de tabaquismo por subgrupos.

síntomas de tos y disnea (70%) y un 30% utiliza LAMA y SABA habitualmente.

Conclusiones: 1 de cada 3 p. fumadores que acuden a nuestra UET tienen diagnóstico de asma. El perfil clínico del asmático fumador corresponde a una mujer joven con asma mal controlada, sintomática, que utiliza LAMA habitualmente y SABA de rescate. Con respecto a su tabaquismo, el consumo diario se acerca al paquete y tiene una dependencia nicotínica similar a la población no asmática. Fuman por recompensa negativa, tienen una alta motivación y pobre autoeficacia para el abandono.

698. CARACTERÍSTICAS DE LOS FUMADORES ENCUESTADOS EL DÍA MUNDIAL SIN TABACO

Julia López Rodríguez¹, Lourdes Cañón Barroso¹, Lourdes Galán Ledesma¹, Rocío Morante Espada¹, Elena Cañón Ruíz-Calero², María Pajuelo Torres³, Santiago Hernández Gómez¹, Nuria Matallana Encinas¹, Jacinto Hernández Borges¹, José Antonio Gutiérrez Lara¹, Ignacio Rodríguez Blanco¹, Pilar Cordero Montero¹, Ana Castañar Jover¹, M Carmen García García¹, M. Teresa Gómez Vizcaíno¹, Pilar Íñigo Naranjo¹ y Francisca Lourdes Márquez Pérez¹

¹Hospital Universitario de Badajoz, Badajoz, España. ²Centro de salud Talavera la Real, Badajoz, España. ³Centro de Salud San Roque, Badajoz, España.

Introducción: Durante la celebración del Día Mundial Sin Tabaco 2022, nuestro objetivo fue estudiar las características de los fuma-

dores que acudían al Hospital Universitario de Badajoz y transcurridos seis meses, analizar el impacto tras el breve consejo impartido.

Material y métodos: Se organizó una mesa informativa para fumadores en la entrada del hospital constituida por neumóloga, residentes de Neumología, Medicina de Familia y voluntarios de asociaciones contra el cáncer. A los fumadores se les suministró un consentimiento informado para realizar el estudio, se les realizó una encuesta breve, test de Fagerström y se les proporcionó por escrito un consejo para dejar de fumar.

Resultados: Se obtuvieron datos de 53 fumadores (53,7% mujeres). La edad media fue de 47,67 años. Un 59,3% de los encuestados tenía alguna enfermedad crónica siendo la más frecuente la hipertensión arterial (11%). La edad media de inicio de consumo fue a los 16,7 años siendo más precoz en varones (15,7 años). El consumo medio era de 18,7 cigarrillos/día. Los varones fumaban un mayor número de cigarrillos que las mujeres (21,96 vs. 15,86 p < 0,05) y tenían una dependencia más alta a la nicotina medida por test de Fagerström (40 vs. 3,4%; p 0,001). El 87% de los fumadores había intentado dejar de fumar alguna vez habiéndolo conseguido el 83,3%. El motivo de recaída más frecuente había sido por ansiedad (24%). El 85% quería dejar de fumar encontrándose el 55,6% en fase de contemplación, un 27,8% en preparación y un 1,9% en fase de acción. Al cabo de seis meses se les realizó una llamada telefónica y el 94,3% seguía fumando, aunque habían reducido el consumo (13,59 cigarrillos/día), el 70,4% continuaba con deseo de dejar de fumar y al 81,5% les resultaba útil el consejo que les proporcionamos. Un 5,6% de los encuestados estaban en fase de acción y llevaban tres meses de abstinencia sin tratamiento. Un 66,7% eran mujeres con comorbilidades que habían estado fumando una media de 23 cigarrillos/día.

Conclusiones: Los varones encuestados comenzaron a fumar a menor edad, consumían un mayor número de cigarrillos y presentaban una dependencia más alta a la nicotina que las mujeres. Un elevado porcentaje de fumadores desearían dejar de fumar y lo han intentado alguna vez (83,3%). A los seis meses el 5,6% de los fumadores estaban en fase de acción y aquellos que continuaban fumando, habían reducido el consumo de tabaco.

655. COMPARACIÓN DE LOS BIOMARCADORES AISLADOS EN EL LAVADO BRONCOALVEOLAR DE NEUMONÍAS POSOPERATORIAS SEGÚN HÁBITO TABÁQUICO

Cristina Sánchez Fernández, Walther Iván Girón Matute, Ji Zichen, Raquel Terán Marcos, Daniel Eduardo López Padilla, Ángela Gómez Sacristán, Ignacio Garutti Martínez, Elena Vara Ameigeiras, Francisco de la Gala García, Javier de Miguel Díez y Luis Puente Maestu

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Introducción: El tabaco perjudica por múltiples mecanismos la función protectora de la vía aérea. Además del deterioro estructural que puede causar, fumar aumenta de manera significativa las infecciones sistémicas al causar inflamación y daño del sistema inmune tanto celular como humorar. A pesar de esto, no está claro el papel que el tabaco presenta en la liberación de ciertas citoquinas inflamatorias en pacientes con neumonías posoperatorias. Este estudio tiene como fin investigar la relación entre las citoquinas encontradas en lavado broncoalveolar (BAL) con el riesgo de desarrollo de neumonía posoperatoria entre los fumadores.

Material y métodos: Estudio de cohortes, llevado a cabo durante tres años en un Hospital terciario. Se recogió una muestra de 174 pacientes que iban a ser intervenidos por tumor pulmonar, divididos según su consumo tabáquico. Se obtuvieron así dos grupos: fumadores (consumo activo en el momento de la intervención) y no fumadores (nunca fumadores o que hubiesen abandonado el consumo 30 días antes de la intervención). Seguimiento durante 30 días. En aquellos que desarrollaron neumonía, se obtuvo una muestra del BAL del pulmón contralateral al tumor en la cual se analizaron diversos biomarcadores.

Resultados: Del total de la muestra, 119 eran no fumadores y 53 fueron fumadores. Edad media total de 62 años. Un total de trece desarrollaron neumonía, nueve en el grupo de fumadores y 4 en el grupo de no fumadores. Los biomarcadores obtenidos en el BAL se muestran en la tabla 1. En comparación con los no fumadores, los fumadores tuvieron mayores niveles de citoquinas proinflamatorias (IL-, IL-2, IL-, IL6 y MCP1) así como de la citoquina antiinflamatoria IL-10. El biomarcador en BAL que más se asociaba al riesgo de desarrollo de neumonía en el posoperatorio fue IL-10 así como el ratio IL-10/IL-6.

Conclusiones: En los pacientes con tabaquismo activo los 30 días antes de la cirugía, se objetiva un perfil inflamatorio en el BAL consistente en mayores niveles de diversos biomarcadores inflamatorios, en concreto de la IL-10. Estos niveles se asocian al desarrollo de neumonía posoperatoria.

211. CONSULTA TELEFÓNICA DE ENFERMERÍA EN TABAQUISMO

M. Pilar Darriba Rodríguez, Carmen Diego Roza, Eva Tizón Bouza y Santiago Rodríguez-Segade Alonso

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Ferrol, España.

Introducción: En el Complejo Hospitalario de Ferrol, la Consulta de Tabaquismo fue interrumpida durante la pandemia. Actualmente se ha retomado desde febrero de 2022. En ella participan un/a neumólogo/a y una enfermera, formados en tabaquismo, que valoran, diagnostican, tratan y aplican cuidados para deshabituación tabáquica. Además, se ha creado la Consulta telefónica de Enfermería, dónde se realiza seguimiento, intervenciones conductuales, motivacionales, de apoyo y educación terapéutica, con apoyo médico puntual, dirigida a pacientes en proceso de deshabituación, en preparación para su día D o, en casos de indecisión, para realizar asesoramiento proactivo. Objetivo: analizar la consulta de Tabaquismo del Hospital de Ferrol y especialmente la consulta telefónica de Enfermería en Tabaquismo.

Material y métodos: Estudio observacional y descriptivo, de corte transversal, realizado entre febrero y noviembre 2022. Las variables estudiadas fueron: nº de consultas realizadas, historia tabáquica, motivaciones, dificultades de cada paciente y porcentaje de deshabituación tabáquica.

Resultados: Se realizaron 255 consultas, dirigidas a 80 pacientes entre 18 y 73 años: 31% primeras presenciales y 69% revisiones, participando la enfermera en todas las consultas presenciales y realizando 32% telefónicas en exclusiva, con apoyo médico puntual. El 34% de las revisiones fueron presenciales y 66% telefónicas, de las que 30% fueron realizadas por el neumólogo y 70% por la enfermera, de ellas 70% a pacientes en deshabituación. El 71% pacientes están en proceso de deshabituación y 35% han dejado de fumar. Dado el corto periodo de tiempo de estudio, solamente 6% pacientes han recibido alta por cesación de fumar. El principal motivo argumentado para dejar de fumar es su salud, refiriéndose a patologías recientes o problemas derivados del tabaco. Las principales dificultades que encontraron al comenzar la deshabituación tabáquica fueron: aumento de apetito y miedo a engordar (55%), craving (50%) y ansiedad (34%).

Conclusiones: Las consultas de tabaquismo son fundamentales para ayudar a los pacientes a dejar de fumar y las consultas telefónicas de Enfermería, con enfermeras formadas en tabaquismo y con apoyo médico puntual, pueden ser eficientes y eficaces, para lograr buenos resultados en deshabituación tabáquica.

Biomarcador (pg.ml-1)	Todos n= 174	No fumador n= 119	Fumador n= 155	p
IL-1, m (DE)	125.6 (23.2)	120.5 (21.2)	136.5 (27.2)	<0.001
IL-2, m (DE)	2.18 (0.4)	2.22 (0.40)	2.09 (0.39)	0.045
IL-4, m (DE)	0.48 (0.68)	0.40 (0.66)	0.64 (1.22)	0.034
IL-6, m (DE)	6.32 (0.77)	6.20 (0.72)	6.57 (0.87)	0.003
IL-7, m (DE)	3.21 (0.51)	3.17 (0.53)	3.28 (0.46)	0.167
IL-8, m (DE)	2.74 (0.54)	2.79 (0.59)	2.64 (0.43)	0.088
IL-10, m (DE)	42.19 (3.99)	41.60 (5.04)	43.26 (2.58)	0.014
IL-12, m (DE)	0.07 (0.05)	0.08 (0.04)	0.08 (0.07)	0.132
TNF-alfa, m (DE)	15.06 (1.80)	15.19 (1.85)	14.77 (1.69)	0.156
IL-10/IL-6, m (DE)	6.72 (1.05)	6.81 (0.86)	6.67 (1.13)	0.366
IL-10/TNF alfa, m (DE)	1.91 (0.36)	1.88 (0.28)	1.92 (0.39)	0.171
MCP1, m (DE)	361.9 (46.7)	352.2 (50.2)	382.7 (38.3)	<0.001

Tabla 1. Comunicación 655.

695. CONSUMO DE TABACO EN ADOLESCENTES. PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS

Beatriz Díaz Gavilán, Clara Díaz Parreño Quintanar, Gloria Francisco Corral y Ángel Arias Arias
Hospital Mancha Centro, Alcázar de San Juan, España.

Introducción: El tabaquismo es de vital importancia en los adolescentes. El 80% de las personas que comienzan a fumar durante la adolescencia continuarán fumando en la edad adulta. El objetivo de nuestro estudio fue conocer la prevalencia y factores que influyen en el tabaquismo en los alumnos de la ESO de nuestra área sanitaria.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo que incluye alumnos de 1º y 4º de ESO de 6 institutos de Alcázar de San Juan (Ciudad Real) entre 2015-2022. En el curso escolar 2021/2022, se realizó una intervención educativa consistente en un video de prevención de tabaquismo realizado por profesionales sanitarios. Después se administró un cuestionario anónimo de 25 preguntas con 4 bloques (sociodemográfico y consumo, conocimiento del tabaco, tabaquismo-COVID-19 y hábito tabáquico).

Resultados: Se recogieron 546 cuestionarios, 284 mujeres (52%); 287 alumnos de 1º ESO (52,6%) y 259 de 4º ESO. La prevalencia de consumo de tabaco fue del 10,6%. La edad media de inicio de los fumadores se sitúa en $14 \pm 1,4$ años, aunque en los fumadores de 1º ESO esta edad disminuye a los 10 años. Hay el doble de fumadoras que fumadores (14,1 vs. 7%; $p = 0,008$). Los alumnos de 4º ESO fuman en mayor porcentaje que los de 1º ESO (17,4 vs. 4,5%; $p < 0,001$). Todos los encuestados creen que los fumadores tienen más riesgo de contagiarse de COVID y que los fumadores contagiados tienen más riesgo de enfermedad grave. Ninguno ha cambiado sus hábitos de consumo, aunque en 1º ESO han reflexionado más sobre los efectos perjudiciales del tabaco (tabla 1). Se han identificado como factores de riesgo de consumo de tabaco: tener amigos que fuman (OR: 12,3 [IC95%: 4,2-36,5]), ser mujer (OR: 2,6 [IC95%: 1,-5]) y cursar 4º ESO (OR: 2,5 [IC95%: 1,2-5,1]), haber recibido información sobre los efectos perjudiciales se identificó como factor protector (OR: 0,2 [IC95%: 0,1-0,4]) (tabla 2).

Conclusiones: La prevalencia de tabaquismo entre alumnos de ESO fue del 10%, sin modificación con respecto a la serie histórica, siendo el doble en mujeres que en hombres. La edad de inicio fue de 13-14 años, disminuyendo hasta 10 años en 1º ESO, siendo necesarias intervenciones precoces en los alumnos. La vía telemática permite ampliar su alcance. Los factores asociados al consumo de tabaco fueron tener amigos fumadores, ser mujer y cursar 4º ESO, haber recibido información sobre los efectos perjudiciales se identificó como factor protector.

	OR (IC95%)	p
Amigos que fuman	12,3 (4,2 - 36,5)	<0,001
Mujer Vs Hombre	2,6 (1,4 - 5)	0,003
4º ESO Vs 1º ESO	2,5 (1,2 - 5,1)	0,014
Haber recibido información sobre los efectos perjudiciales del tabaco	0,2 (0,1 - 0,4)	<0,001

Tabla 2. Comunicación 695. Factores asociados al consumo de tabaco identificados mediante regresión logística binaria.

39. CONTAMINACIÓN AMBIENTAL Y TABAQUISMO. PERCEPCIÓN EN LOS FUMADORES

Santiago Antonio Juarros Martínez¹, María Isabel Muñoz Diez², Ester Rodríguez Flórez³, Celia Rodríguez Dupuy³, Soraya Fernández Gay³, Laura Fernández Prieto³, Rosa Sedano Gutiérrez³ y Belén Ortega Paredes¹

¹Unidad de Tabaquismo, Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España. ²Unidad de Afrontamiento Activo de Dolor Crónico, GAPVAE, Valladolid, España. ³Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España.

Introducción: La producción y consumo de tabaco tienen un efecto contaminante sobre el medio ambiente. Las organizaciones que promueven la salud advierten de estas circunstancias sin embargo desconocemos la opinión de los fumadores. Nuestro objetivo es analizar las creencias de los fumadores, con respecto a los no fumadores, sobre la influencia de la producción y el consumo de tabaco en la contaminación ambiental.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo, tipo encuesta, difundido a través de redes sociales y medios de comunicación con motivo de las actividades conmemorativas del 31 de mayo de 2022. Variables estudiadas: demográficas (género, edad, nivel estudios), situación respecto a tabaquismo. En fumadores: intensidad de consumo, dependencia física (HSI), tipo de refuerzo, etapa de cambio. A todos los encuestados se les preguntó si pensaban que la producción y el consumo de tabaco dañan el medio ambiente. Se incluyó información sobre el daño medioambiental de la producción y consumo del tabaco para preguntar a los fumadores si abandonarían el consumo tras su lectura. Análisis estadístico comparativo y modelos de regresión multivariante. Significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: Se obtuvieron 318 respuestas. Edad mediana 49 años (40,8-53). 67,9% mujeres, 81,1% estudios universitarios. Respecto al tabaquismo: 45,6% no fumadores, 7,2% fumadores pasivos, 30,8% exfumadores, 16,4% fumadores (características en tabla 1). El 34,6% de los fumadores piensan que la producción del tabaco no es contaminante

	Mujer (n = 284)	Hombre (n = 258)	p
Consumo de tabaco	40 (14,1%)	18 (7%)	<0,001
Fumadores tienen más riesgo de contraer COVID-19	223 (78,8%)	179 (70,2%)	0,022
Fumadores contagiados tienen más riesgo de muerte	270 (95,7%)	243 (95,3%)	0,801
Me ha hecho reflexionar sobre el consumo	146 (54,5%)	125 (50,8%)	0,406
	1º ESO (n = 287)	4º ESO (n = 259)	p
Consumo de tabaco	13 (4,5%)	45 (17,4%)	<0,001
Edad inicio (media ± DE) en años	10 ± 4	14 ± 2	<0,001
Compran tabaco	6 (4,2%)	28 (25,2%)	<0,001
Me molestan que fumen delante de mi	227 (80,8%)	147 (57,2%)	<0,001
Amigos fumadores	88 (30,9%)	196 (75,7%)	<0,001
Información sobre el tabaco en el centro educativo	238 (82,9%)	236 (92,2%)	0,001
Fumadores tienen más riesgo de contraer COVID-19	222 (77,9%)	173 (71,2%)	0,074
Fumadores contagiados tienen más riesgo de muerte	267 (94,3%)	250 (96,9%)	0,150
Me ha hecho reflexionar sobre el consumo	166 (62,2%)	107 (42,6%)	<0,001

Tabla 1. Comunicación 695. Comparación entre hombres vs mujeres y entre 1º de ESO vs 4º de ESO.

Características de los fumadores (Tabla 1)		
Consumo diario cigarrillos (media ± desv estandar) (rango)	12.9 ± 7.2 (2-30)	
Duración del consumo en años (media ± desv estandar) (rango)	24.6 ± 10.4 (2-45)	
Índice años-paquete (media ± desv estandar) (rango)	17.7 ± 15.2 (1.3-67.5)	
Grado de tabaquismo	Leve Moderado Severo Muy severo	21.2% 30.8% 23.1% 25%
Grado de dependencia física (Heavy Smoke Index)	Bajo Moderado Severo	55.8% 42.3% 1.9%
Tipo de Refuerzo (Fagerström Reinforcement Question)	Negativo Positivo Mixto	15.4% 42.3% 42.3%
Etapa de cambio	Precontemplador Contemplador Preparado	32.7% 34.6% 32.7%

Figura 1. Comunicación 39.

vs. el 13,1% de los no fumadores, el 4,3% de los fumadores pasivos y el 21,4% de los exfumadores ($p < 0,006$). Ser fumador es un factor independiente en contra de pensar que la producción de tabaco es contaminante (OR 0,45, IC95% 0,22 - 0,89; $p = 0,024$). El 26,9% de los fumadores piensan que el consumo del tabaco no es contaminante vs. el 4,1% de los no fumadores y el 8,2% de los exfumadores ($p < 0,001$), principalmente los precontempladores ($p = 0,006$) y los que tienen mayor dependencia física (HSI) ($p = 0,028$). Ser fumador es un factor independiente en contra de pensar que el consumo de tabaco es contaminante (OR 0,29, IC95% 0,13-0,65; $p = 0,003$). El 46,2% de los fumadores no abandonaría el consumo a pesar de saber que es contaminante y a un 84,7% tampoco le interesa esta información ($p = 0,026$).

Conclusiones: La percepción de daño medioambiental por la producción y consumo del tabaco ha sido menor en los fumadores. Debemos estudiar más a fondo qué factores pueden estar implicados y diseñar campañas de información más eficaces.

881. DETECCIÓN PRECOZ DE EPOC EN UNA CONSULTA DE TABAQUISMO Y ELABORACIÓN DE UN MODELO PREDICTIVO

María Guadalupe Hurtado Gañán, María del Mar Ignacio Expósito, Soledad Montserrat García, Ángel Vilches Arenas y Agustín Valido Morales

U.G.C. Neumología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Introducción: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) tiene un elevado infradiagnóstico, que supone un retraso del mismo. Un entorno adecuado para su detección precoz podrían ser las Unidades de Tabaquismo, ya que el tabaco se trata de la causa fundamental de la EPOC en nuestro medio. Objetivo: evaluar la incidencia de nuevos diagnósticos de EPOC en la Unidad Especializada de Tabaquismo del HUVM, además de elaborar un modelo predictivo de las características de estos pacientes.

Material y métodos: Análisis de los parámetros clínicos recogidos de forma estandarizada en la consulta de Tabaquismo y de los resultados de las espirometrías realizadas a todos los pacientes que acudieron por primera vez entre enero-marzo 2020.

Resultados: Obtuvimos una muestra de 198 pacientes, con una media de edad de 54,38 años; de ellos 56,06% eran hombres. De los 198 pacientes analizados, 32 fueron diagnosticados de EPOC mediante espirometría, lo que supone un 16,16% de la muestra; de los cuales 23 eran hombres (71,87%). Clasificados en GOLD1 37,50% (12 pacientes), GOLD2 53,12% y el GOLD 3 9,38%. En el análisis de las distintas

variables recogidas, se encontraron diferencias estadísticamente significativas (recogidas en figura 1) en cuanto a edad, sexo, ICAT, presencia de enfermedad vascular periférica, hepatopatía y resultados en el test de Fagerström. A través de un análisis multivariante, se estableció un modelo predictivo exploratorio, en el que se vio que el riesgo de padecer EPOC en nuestra serie se encuentra incrementado en relación al ICAT, enfermedad vascular periférica y hepatopatía (fig. 2). Se realizó una curva ROC, con un AUC 0,793, por lo que se clasificaría mediante estas características comentadas anteriormente, al 79% de los pacientes (fig. 2).

VARIABLE	NO EPOC		EPOC		P
	N (%)	IC 95%	N (%)	IC 95%	
SEXO					
Mujer	78 (47%)	39.5-54.6	9 (28,1%)	14.9-45.1	
Hombre	88 (53%)	45.4-60.5	23 (71.9%)	54.9-85.1	0,049
HTA					
No	99 (60%)	52.4-67.2	18 (56,3%)	39.1-72.3	
Si	66 (40%)	32.8-47.6	14 (43.8%)	27.7-60.9	0,156
ACV					
No	160 (97%)	93.5-98.8	30 (93.8%)	81.4-98.7	
Sí	5 (3%)	1.2-6.5	2 (6.3%)	1.3-18.6	0,811
A. Psiquiátricos					
No	109 (65,7%)	58.2-72.6	17	36.2-69.5	
Sí	57 (34,3%)	27.4-41.8	15	30.5-63.8	0,177
A. Oncológicos					
No	149	84.5-93.7	31	86.3-99.7	
Sí	17	6.3-15.5	1	0.3-13.7	0,200
C. Isquémica					
No	145	81.7-91.8	26	65.4-91.8	
Sí	21	8.2-18.3	6	8.2-34.6	0,357
Diabetes					
No	143	81.4-91.6	24	58.3-87.4	
Sí	21	8.4-18.6	8	12.6-41.7	0,076
E. Vascular periférica					
No	141	79.5-90.2	21	48.4-80.2	
Sí	24	9.8-20.5	11	19.8-51.6	0,007
Hepatopatía crónica					
No	163	96.2-99.7	28	73.9-56	
Sí	2	0.3-3.8	4	4.4-27	0,001
IRC					
No	159	92.7-98.5	31	86.3-99.7	
Sí	6	1.5-7.3	1	0.3-13.7	0,886
Hipercolesterolemia					
No	106	56.7-71.3	21	48.4-80.2	
Sí	59	28.7-43.3	11	19.8-51.6	0,881
FAGESTROM					
Leve-moderada	67(40,4%)	33.1-47.9	7 (21,9%)	10.4-38.2	
Alta	99 (59,6%)	52.1-66.9	25 (78,1%)	61.8-89.6	0,048
RICHMOND					
Baja-moderada	58	28.42.4	12	22.4-54.8	
Alta	108	57.6-72	20	45.2-77.6	0,077

ANALISIS BIVARIANTE VARIABLES CUANTITATIVAS

	NO EPOC						EPOC						P	
	N	Min	Max	X	IC 95%	Me	N	Min	Max	X	IC 95%	Me	IC 95%	
EDAD	198	24	74	51.8	51.5-52.1	51.5	35	53-57	32	27	58.6	55.6-63.3	61	59-67 0,002
ICAT	198	3	97	33.5	31.1-34.9	31	28.5	33.4	32	7	99	54.7	51.7-57.7	(35.7)
COX	198	0	94	17.5	17.5-20.4	17.5	21.5	21.5	32	4	47	22.5	20.7-26.2	50.5 0,009
EDAD INICIO	198	8	33	16.2	15.6-16.8	15.5	15.16	31	9	29	14.8	13.2-16.5	14	14-16 0,073

VARIABLE	OR	IC 95%	P
ICAT	1,049	1,027;1,073	0,000
Enfermedad vascular periférica	2,763	1,036;7,364	0,042
Hepatopatía crónica	13,078	1,921; 89,016	0,009

Figura 1. Comunicación 881.

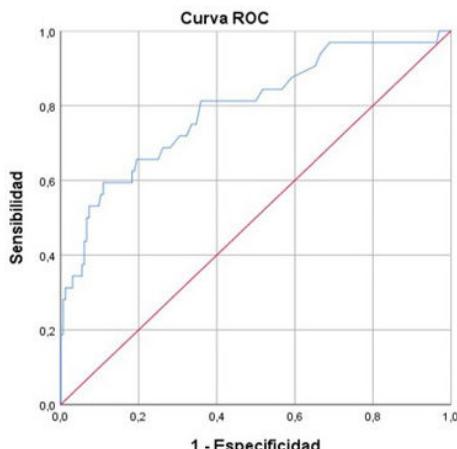


Figura 2. Comunicación 881.

Conclusiones: La Unidad de Tabaquismo es un lugar óptimo para la detección precoz de la EPOC, según los resultados, casi un 1/5 de los pacientes que acuden se diagnostican en la consulta. Con el uso de variables recogidas habitualmente en la consulta, se ha elaborado un modelo predictivo exploratorio, que podría mejorar la rentabilidad del uso de la espirometría en la detección de los pacientes con EPOC.

Trabajo realizado con la colaboración de Gebro Pharma S.A.

210. DIFICULTADES EN DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

M Pilar Darriba Rodríguez, Carmen Diego Roza, Santiago Rodríguez-Segade Alonso y Eva Tizón Bouza
Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Ferrol, España.

Introducción: A la Consulta de Tabaquismo acuden pacientes con la idea de dejar de fumar, unos por iniciativa propia, y otros “obligados” por una patología reciente o por los efectos adversos producidos por el tabaco, y normalmente, con muchas reticencias para su abandono. Muchos llegan con miedo a comenzar el proceso, con mitos o ideas preconcebidas o incluso pensando que existe “una pastilla mágica” para dejar de fumar. Los que inician el proceso de deshabituación se encuentran con dificultades más o menos superables. Objetivo: analizar las dificultades que presentan los pacientes en deshabituación tabáquica de la consulta de Neumología del Área Sanitaria de Ferrol.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo de corte transversal. Se analizaron las variables *craving*, desánimo, difícil autodomínio, despertares nocturnos, irritabilidad, ansiedad, difícil concentración, inquietud y aumento apetito.

Resultados: Se realizaron controles cada mes después del día D. En el primer control, destaca un 55% de *craving*, 39% de despertares nocturnos y ansiedad, respectivamente y 33% aumento de apetito. En el 2º control destacan: 78% de *craving*, 55% aumento de apetito y 33% de despertares nocturnos y ansiedad, respectivamente. En el tercer control, un 62% de aumento de apetito y 50% de *craving* y despertares nocturnos, respectivamente. En el 4º control, un 80% de aumento de apetito y 60% de desánimo y ansiedad, respectivamente. El aumento de apetito crece según avanza el proceso de deshabituación. El *craving* aumenta en los 2 primeros controles y desciende después. Desánimo y ansiedad aumentan en el 4º control.

Conclusiones: Aumento de apetito, *craving*, despertares nocturnos y ansiedad son las principales dificultades encontradas, que se superan con escucha proactiva, medidas conductuales, educación terapéutica y soporte emocional. Es necesaria la interacción entre paciente y profesional, durante el proceso de deshabituación, para conseguir el objetivo de dejar de fumar, creando un clima de confianza, que produzca una consulta más eficaz y efectiva. El éxito se conseguirá si el profesional, identifica y reconoce las preocupaciones del paciente, incorporándolas a su proceso.

584. DURACIÓN, INTENSIDAD Y CANTIDAD DE CONSUMO DE TABACO Y RIESGO DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA. RESULTADOS DEL ESTUDIO EPISCAN-II

Julia Rey Brandariz¹, Mónica Pérez Ríos¹, Leonor Varela Lema¹, Alberto Fernández Villar², Cristina Represas Represas², Cristina Candal Pedreira¹, Kiana Beheshtian³, Jasjit S. Ahluwalia³ y Alberto Ruano Raviña¹

¹Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España. ²Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España. ³Universidad de Brown, Providence, Estados Unidos.

Introducción: Existe gran incertidumbre sobre qué aspectos relacionados con el consumo de tabaco pueden influir en el riesgo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). El objetivo de este estudio es calcular el riesgo de EPOC que tienen los fumadores con respecto a nunca fumadores en función de la duración del consumo, intensidad (medida como número de cigarrillos al día (cig/día)) y consumo de tabaco a lo largo de la vida (paquetes/año).

Material y métodos: Estudio de casos y controles anidado en el estudio transversal EPISCAN-II. A todos los participantes se les realizó una entrevista telefónica y una espirometría posbroncodilatadora (EPB). Se clasificó como caso a la persona con un FEV1/FVC < 0,7 en la EPB y como control a la persona con un FEV1/FVC ≥ 0,7. Se excluyeron sujetos fumadores y nunca fumadores con un diagnóstico previo de EPOC (n = 103) y también se excluyeron a exfumadores (n = 3,112). Se emplearon modelos de regresión logística paramétricos y no paramétricos con modelos aditivos generalizados. La duración del consumo se ajustó por sexo y cig/día, la intensidad por sexo y edad y el consumo a lo largo de la vida por sexo dividido en terciles. Se calcularon odds ratios (OR) e intervalos de confianza al 95%.

Resultados: Se incluyeron a 5.877 personas en el estudio, de los cuales 540 eran casos y 5.337 controles. En el análisis paramétrico, el riesgo de EPOC aumenta con la duración del hábito hasta los ≥ 50 años [OR 3,5 (2,3-5,4)]. Se observa una tendencia ascendente del riesgo de EPOC en la cantidad de cig/día [hasta los ≥ 39 cig/día (OR 10,1 (5,3-5,0))], y en la cantidad de consumo a lo largo de la vida [hasta > 29 paquetes/año (OR 3,8 (3,1-4,8))] (tabla). Según los modelos no paramétricos, el riesgo de EPOC comienza a aumentar en torno a los 23 años de duración del hábito. En los cig/día el riesgo de EPOC aumenta de forma rápida desde el primer cigarrillo, para luego estabilizarse ligeramente al alza entre los 10 y 40 años. En el consumo de tabaco a lo largo de la vida, el riesgo aumenta de forma prácticamente lineal hasta los 50 paquetes/año y luego se atenúa ligeramente (fig.).

Conclusiones: El riesgo de EPOC aumenta con la duración, intensidad y consumo de tabaco a lo largo de la vida. Parece confirmarse que existe un período de inducción de en torno a 20 años para la aparición de EPOC y que la intensidad de consumo parece tener un mayor riesgo en el desarrollo de la EPOC que la duración. Además, el riesgo de EPOC aumenta de forma lineal con el consumo de tabaco a lo largo de la vida.

Variable	Casos		Controles		OR (IC95%)*
	n	%	n	%	
Consumo diario (nº de cigarrillos)*					
Nunca fumadores	266	49,6	3877	72,8	1 (—)
1-9	47	8,8	423	7,9	2,4 (1,7 - 3,3)
10-19	101	18,8	532	10	4,6 (3,5 - 6,0)
20-29	85	15,9	380	7,1	5,4 (4,0 - 7,2)
30-39	20	3,7	77	1,4	6,1 (3,5 - 10,2)
>39	17	3,2	35	0,7	10,1 (5,3 - 18,4)
Duración (años)**					
Nunca fumadores	269	49,9	3885	72,8	1 (—)
1-20	8	1,5	55	1	1,5 (0,7 - 3,1)
21-30	28	5,2	323	6,1	0,8 (0,5 - 1,3)
31-40	93	17,3	587	11	1,4 (1,0 - 1,9)
41-50	97	18	376	7	2,3 (1,6 - 3,2)
>50	44	8,2	110	2,1	3,5 (2,3 - 5,4)
Cantidad (paquetes/año)***					
Nunca fumadores	266	49,7	3877	73	1 (—)
Fumadores ligeros (primer tercil, 1-13 paquetes/año)	34	6,4	379	7,1	1,3 (0,9 - 1,9)
Fumadores moderados (segundo tercil tercil, 13-29 paquetes/año)	94	17,6	528	9,9	2,6 (2,0 - 3,3)
Grandes fumadores (tercer tercil, >29 paquetes-años)	141	26,4	525	9,9	3,8 (3,1 - 4,8)

* Ajustado por sexo y edad

** Ajustado por sexo y cigarrillos/día

*** Ajustado por sexo

Tabla 1. Comunicación 584. Riesgo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en función de la duración del consumo, el número de cigarrillos diarios (cig/día) y el consumo a lo largo de la vida (paquetes/año).

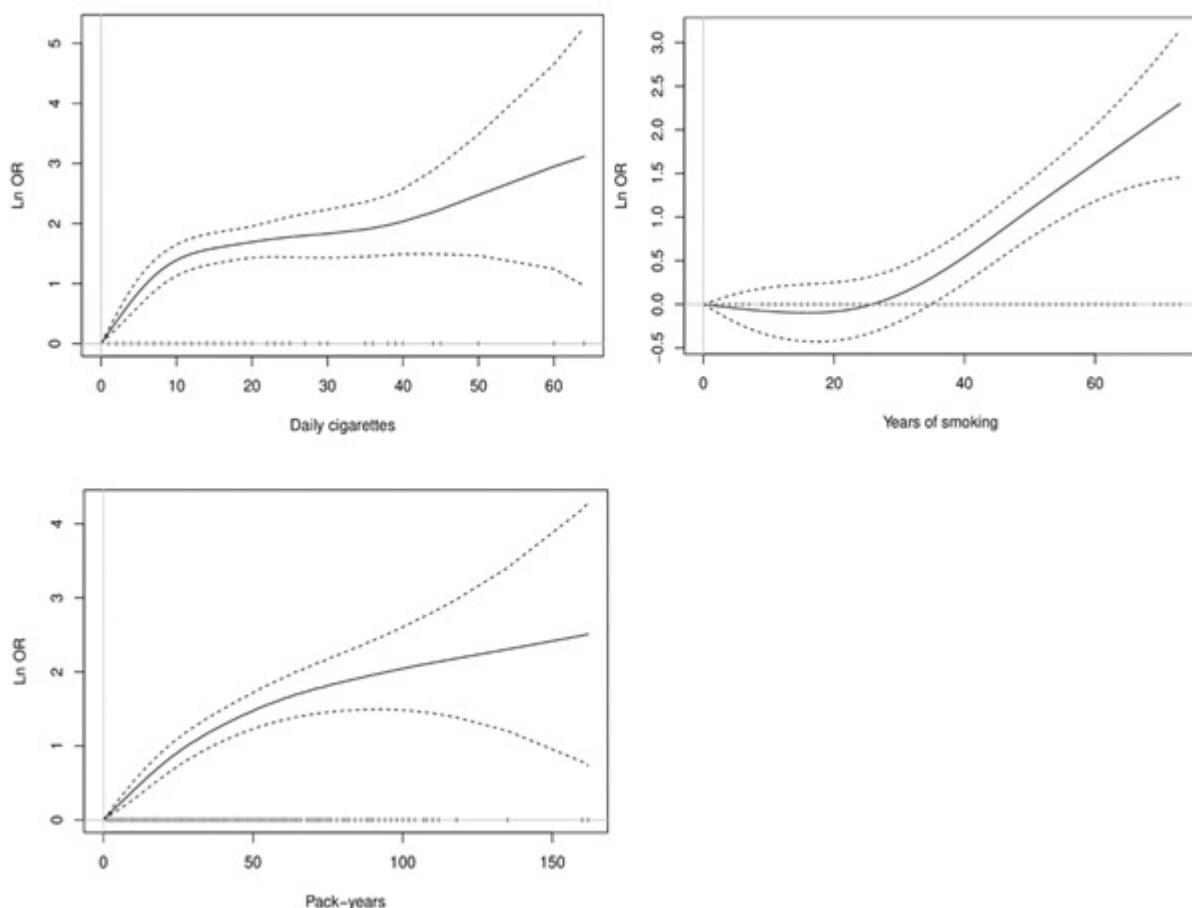


Figura 1. Comunicación 584. Relaciones dosis-respuesta entre el tabaco y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en función de la duración del hábito (años fumando), número de cigarrillos consumidos diariamente, consumo de tabaco a lo largo de la vida (paquetes/año) y edad de inicio de consumo. Nota: la categoría de referencia en duración del hábito son 0 años, en el número de cigarrillos consumidos diariamente son 0 cigarrillos, en el consumo de tabaco a lo largo de la vida son 0 paquetes.

904. ENCUESTA SOBRE EL HÁBITO TABÁQUICO EN EL PERSONAL DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Rosa María Gómez García, Marco J. Marzola Payares, Zichen Ji, Francisco J. Caballero Segura, Rosa Isabel Marín Aguilera, Olga Jiménez Mendoza, Cristina Sánchez Fernández y Javier de Miguel Diez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Introducción: El tabaquismo está presente en los centros sanitarios. Se realizó una encuesta para conocer el hábito tabáquico y la intención de dejar de fumar en el personal del Hospital General Universitario Gregorio Marañón en el año 2022 e iniciar estrategias en el abordaje del tabaquismo.

Material y métodos: Estudio observacional, encuesta electrónica voluntaria y anónima realizada en mayo-agosto'22 que incluyó a todo el personal de nuestro centro. Se analizaron el hábito tabáquico y la intención de dejar de fumar tanto de forma conjunta como en subgrupos según la profesión.

Resultados: Se recibieron 795 encuestas, 189 (24%) varones. En cuanto a la edad de los encuestados, 132 (16,6%) tenían menos de 30 años, 138 (17,4%) tenían entre 31 y 40 años, 161 (20,2%) tenían entre 41 y 50 años, 269 (33,8%) tenían entre 51 y 60 años y 95 (11,9%) tenían más de 60 años. En cuanto a la profesión, 100 (12,6%) eran administrativos, 120 (15,2%) eran auxiliares, 14 (1,8%) eran personal de limpieza, 225 (28%) facultativos, 207 (26%) enfermeros, 47 (6%) estudiantes, 17(21%) trabajadores sociales, 61 (8%) tenían otra profesión. 388 (49%) eran no fumadores, 181 (23%) fumadores activos y 226 (28%) exfumadores. De los fumadores activos, 127 (70%) tenían intención de dejar de fumar y 109 (85%) estaban dispuestos a acudir

a una consulta de deshabituación tabáquica (fig. 1). Los datos estratificados por profesión se muestran en la tabla.

Conclusiones: El tabaquismo es un hábito no despreciable en el personal de nuestro centro. No existen diferencias entre el personal del hospital en comparación con la población española según los datos de la encuesta europea de salud en España del año 2020 con un 56% de no fumadores, 22% exfumadores y un 22% de fumadores. No existe una concienciación entre los trabajadores del hospital como ejemplo de vida saludable. Existen diferencias entre el personal sanitario y el personal no sanitario con un mayor consumo en administrativos (35%) y personal de limpieza (35,7%) dentro del personal no sanitario y en auxiliares de enfermería (39,2%) dentro del personal sanitario. El acceso a una consulta de deshabituación favorecería el abandono del hábito tabáquico en estos fumadores, ya que existe un alto porcentaje de fumadores, el 70%, con deseo de abandonar el hábito y un 86% acudiría a una consulta especializada.

789. ESTUDIO DE LAS RECAÍDAS EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA DE TABAQUISMO (UET)

Amanda Paula Arenas Polo¹, Ricardo Pereira Solis², Celia de Dios Calama¹, María Estrella Ruiz Carretero¹, Marta Cebrián Romero¹ y Juan Antonio Riesco Miranda¹

¹Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres, Cáceres, España.

²CIBERES (Centro de Investigación Biomédica Enfermedades Respiratorias), Cáceres, España.

Introducción: La recaída forma parte del proceso de abandono de tabaco y su abordaje debe formar parte del tratamiento del tabaquismo; el conocimiento de esta y de sus posibles factores asociados pue-



Figura 1. Comunicación 904. Resultados de la encuesta.

N (%)	Administrativos	Auxiliares	Limpieza	Facultativos	Enfermería	Estudiantes	Trabajo social	Otro
Fumador activo	35 (35,0)	47 (39,2)	5 (35,7)	26 (11,6)	42 (20,3)	7 (14,9)	4 (23,5)	15 (24,6)
Intención de dejar de fumar	28 (80,0)	33 (70,2)	2 (40,0)	18 (69,2)	25 (59,5)	5 (71,4)	3 (75,0)	13 (86,7)
Disposición a acudir a consulta de deshabituación tabáquica	26 (92,9)	27 (81,8)	1 (50,0)	17 (94,4)	22 (88,0)	3 (60,0)	2 (66,7)	11 (84,6)

Tabla 1 Comunicación 904. Hábito tabáquico e intención de dejar de fumar según profesión.

de condicionar éxito o fracaso de la intervención terapéutica. El objetivo fue conocer la prevalencia de recaídas en nuestra UET y hacer un estudio descriptivo del perfil de fumadores y conocer los posibles factores asociados.

Material y métodos: Se realiza estudio retrospectivo (descriptivo y regresión logística mediante programa informático SPSS V18) de los pacientes (p) remitidos a nuestra UET en el período de un año. Se revisan los p. con recaída y se recogen variables epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas.

Resultados: De 199 HC, se incluyen 90 p. (45%) con recaída (60% V/40% M). El seguimiento de p se estratifica en 3 tramos: 0-3 meses: 30 p., predominio de V (63%) y edad media 58 a. La media de consultas fue de 3, con predominio de las telefónicas (TF) (67%). Son fumadores de 18 c/d, con IPA 40, Fagerström > 6 y el 53% fuman por recompensa negativa. El 43% ha realizado intentos previos (13% tratamiento farmacológico con predominio de vareniclina). En cuanto a las comorbilidades asociadas: el 53% presentan DLP, el 33% C. Isquémica y el 33% patología PSQ. En la comorbilidad respiratoria predomina la EPOC, 17%. 3-6 meses: 26 p., predominio de M (58%) y edad media 57 a. La media de consultas fue de 3 y predominan las telefónicas (TF) (57%). Son fumadores de 21 c/d, con IPA 40, Fagerström > 6 y fuman por recompensa negativa. Predomina la comorbilidad cardiovascular (DLM, C. isquémica, HTA), seguida de la PSQ (30%). La EPOC está presente en el 19%. El 34% ha realizado intentos previos (8% tratamiento farmacológico). > 6 meses: 34 p., predominio de V (73%) y edad media 57 a. La media de consultas fue de 2 sin predominio de TLF/PR. Fumadores de 22 c/d, con IPA 39, Fagerström > 6. El 56% ha realizado intentos previos (13% tratamiento farmacológico). Las comorbilidades son las mismas que en el grupo anterior.

Conclusiones: Casi la mitad de p. fumadores tienen recaídas durante el primer año de seguimiento, los V durante el período intratratamiento (recaídas precoces) y en M (recaídas tras finalizar tratamiento). La recaída se asocia a fumadores con recompensa negativa, elevada dependencia nicotínica, antecedente de intentos previos. La ausencia de recaídas en el primer mes es el único factor predictor del éxito (abstinencia > 1 año). El incremento de consultas de seguimiento no se asocia a un descenso de recaídas.

697. ESTUDIO DE TABAQUISMO SEGÚN GÉNERO Y ÁMBITO RESIDENCIAL EN ESPAÑA

Xinyi Gao¹, Gianna Vargas Centanaro¹, Juan Luis Rodríguez Hermosa¹, José Luis López Campos², Marc Miravitlles³ y Myriam Calle Rubio¹

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. ²Hospital universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. ³Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Introducción: El tabaco es la sustancia psicoactiva más consumida en España entre la población de 15 a 64 años. En España, el tabaco provoca un millón de años de vida perdidos cada año, es responsable de 60.000 muertes al año y se considera la primera causa de EPOC y cáncer de pulmón. El objetivo del estudio es analizar el consumo de entre la población general española según género y comparar estos resultados con los obtenidos en una encuesta realizada de forma similar en 2011.

Material y métodos: CONOCEPOC es un estudio epidemiológico observacional transversal que se realizó mediante entrevista telefónica en diciembre de 2020 en España, con una muestra representativa de las 17 comunidades autónomas estratificada por sexo, edad y ámbito en adultos mayores de 40 años.

Resultados: De un total de 89.601 contactos telefónicos se obtuvieron 6.534 respuestas; 30,9% informó ser exfumador y el 14,7% era fumador activo. La prevalencia de fumadores en varones es significativamente mayor que mujeres (16,1 vs. 13,2%, p < 0,01). La mayor

prevalencia de consumo diario de tabaco entre los hombres (31,6%) se registró en el rango de edad de 55 a 64 años, mientras que en mujeres se encontró en el rango de 40 a 54 años (34,6%). No se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de tabaquismo según el ámbito residencial (rural/urbano). El 63,6% de fumadores había considerado dejar de fumar, sin diferencias por sexo o ámbito residencial. El tabaquismo ha disminuido respecto a 2011, pasando del 21,1% al 16,1% en hombres y del 17,9% al 13,2% en mujeres. Por comunidades autónomas, Extremadura era la de mayor prevalencia de mujeres fumadoras (17,7%) y Murcia entre los hombres (22,4%), mientras que las de mayor prevalencia de no fumadores fueron Galicia en mujeres (74,5%) y Canarias en varones (55,2%).

Conclusiones: La prevalencia del consumo de tabaco en adultos en España ha disminuido en nuestra encuesta considerablemente respecto a 2011, sobre todo en la población masculina. Existe una importante variabilidad según comunidades autónomas.

858. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA COHORTE DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CITISINA EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA DE TABAQUISMO

María del Mar Ignacio Expósito¹,

María Guadalupe Hurtado Gañán¹, Soledad Montserrat García², Ángel Vilches Arenas³ y Agustín Valido Morales¹

¹U.G.C. Neumología. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España. ²U.G.C. Neumología-Psicología especializada. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España. ³Departamento de Medicina Preventiva, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Introducción: Desde finales del año 2021 los pacientes con tabaquismo activo tienen una nueva opción terapéutica (no financiada) aprobada por la Agencia Española del Medicamento, citisina (Todicitán®). Objetivo: describir el perfil de pacientes y los resultados obtenidos tras la realización del programa para cesación tabáquica de los pacientes tratados con citisina desde su aprobación en España en noviembre de 2021.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de 52 pacientes seguidos en la unidad especializada de Tabaquismo desde noviembre 2021 hasta la actualidad.

Resultados: Se han analizado 52 pacientes. Edad media de 59,6 años, 59,6% mujeres. En relación a las comorbilidades el 40,4% asocian hipertensión arterial, el 23,1% diabetes mellitus, el 25% dislipemia y el 27,4% obesidad. El 94,2% de la muestra sin oncológicos. 2 pacientes cáncer de mama y 1 paciente hepatocarcinoma. Entre los antecedentes respiratorios, el 13,5% padecen EPOC y el 3,8% asma bronquial. El 9,6% tiene antecedentes de accidente isquémico y el 17,6% padecen hepatopatía crónica. Alta prevalencia de antecedentes psiquiátricos (62,7%) (esperable por el bajo perfil de interacciones farmacológicas con los tratamientos psiquiátricos). Por subgrupos el 69,7% padecen síndrome ansioso-depresivo, el 9,1% ansiedad, el 9,1% depresión, el 6,1% esquizofrenia y el 6,1% trastorno bipolar. En relación al hábito tabáquico nuestros pacientes comenzaron a fumar a una edad media de 16,5 años con 40,0 años de media de consumo. Índice paquetes/año 43,4. El 38,5% de los pacientes comparten domicilio con fumadores y el 17,3% fuman en su lugar de trabajo con otros compañeros. El 63,5% ha realizado al menos 1 intento de abandono previo. El 45,4% con vareniclina y el 36,7% con bupropión. En la primera visita los resultados del test de Fagerström (media de 8 puntos), test de Richmond (media de 8 puntos), test de HADS-A (puntuación media de 12) y test de HADS-D (puntuación media de 9). No retirada por efectos adversos. Solo 2 pacientes padecieron molestias abdominales de características leves. Ningún paciente falleció desde entonces. En las tablas se recogen los resultados de las cooximetrías realizadas durante el seguimiento. En la figura se recogen los resultados

	N	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	IC 95%	MEDIANA	PERCENTIL 25	PERCENTIL 75	IC 95%
COX 1 MES	34	3	1	[2 - 3]	2	2	3	[2 - 3]
COX 3 MESES	28	2	1	[2 - 3]	2	2	2	[2 - 3]

Tabla 1. Comunicación 858. Resultado global de cooximetría realizada al mes y a los tres meses del tratamiento.

	AL MES	A LOS 3 MESES
NO ACUDEN A REALIZARLA	34,6%	46,1%
COOXIMETRIA 5 o <	57,7%	53,8%
COOXIMETRIA > 5	7,7%	0%

Tabla 2. Comunicación 858. Desglose de resultados cooximetrías.



Figura 1. Comunicación 858.

de adherencia al programa y abstinencia final tras completar 3 meses de seguimiento.

Conclusiones: Citisina alcanza altas tasas de eficacia (69,3%) a los 3 meses de comenzar el tratamiento. Presenta un perfil de seguridad elevado, sin efectos adversos destacable.

257. ¿EXISTEN CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE FUMADORES QUE COMPLETAN UN PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA Y AQUELLOS QUE SOLO ACUDEN A LA PRIMERA VISITA?

Pedro Manso Tejerina¹, José Ignacio de Granda Orive¹, José Francisco Pascual Lledó², Santos Asensio Santos², Segismundo Solano Reina³, Marcos García Rueda⁴, Manuel Ángel Martínez Muñiz⁵, Lourdes Lázaro Asegurado⁶, Daniel Buljubasich⁷, Susana Luhning⁸, Rogelio Pendino⁷, Isabel Cienfuegos Agustín¹, Carlos A. Jiménez Ruiz⁹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España. ²Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España. ³Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España. ⁴Hospital Carlos Haya, Málaga, España. ⁵Hospital Universitario San Agustín, Avilés, España. ⁶Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España. ⁷Sanatorio Nuestra Señora del Rosario, Centro Médico IPAM, Rosario, Argentina. ⁸Instituto Médico Humana, Centro Asistencial de Consulta Externa, Córdoba, Argentina. ⁹Unidad de Especializada de Tratamiento del Tabaquismo, Hospital Clínico, Madrid, España.

Introducción: Objetivo: describir las características diferenciales entre fumadores que completaron un programa de tratamiento de tabaquismo y los sujetos que solo acudieron a la primera visita.

Material y métodos: Estudio observacional, longitudinal (cohorte prospectiva), multicéntrico conducido en consultas para dejar de fumar de España y Argentina en la práctica clínica diaria. La variable dependiente fue "acudir a seguimiento tras la primera visita". Las variables recogidas se muestran en la tabla 1. El análisis estadístico incluyó modelos descriptivos, de asociación y de regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 375 sujetos, 195 mujeres (52,0%), con una edad media de 51,7 años (10,7), sin diferencias entre sexos, de los cuales 98 (26,1%) no acudieron tras la primera visita. En las variables cualitativas y su asociación con la variable dependiente, solo la depresión mostró asociación. Los sujetos con depresión acudieron con más frecuencia a las revisiones siguientes en un 8,6% (3,5) (IC95%: 0,8 a 16,3). En las variables cuantitativas y su asociación con la variable dependiente, solo la edad, el peso y el índice de masa corporal (IC95%) mostraron asociación estadísticamente significativa. Los sujetos que no acudieron tras la primera visita fueron 2,8 años (1,4) (IC95%: 0,1 a 5,5) mayores y algo más obesos (4,4 kg (1,9) (IC95%: 0,5 a 8,2) que los sujetos que continuaron el seguimiento. El análisis multivariante solo mostró asociación entre la probabilidad de continuar o no con las visitas de seguimiento con la variable Peso (tabla 2). Por cada kilogramo de aumento de peso, la probabilidad de no acudir a la segunda visita se multiplica por 1,02, es decir, se incrementa en un 2% (fig.).

Conclusiones: Solo se encontró asociación estadísticamente significativa con la probabilidad de acudir o no a las siguientes visitas en un programa de tratamiento del tabaquismo con la variable peso; de modo que, conforme se incrementa el peso del sujeto aumenta la probabilidad de no acudir a las visitas sucesivas de seguimiento.

Financiado Beca SEPAR 146/2013.

Variables cualitativas:

Sexo: Varones, mujeres.

Remitido por: Atención primaria, Otros especialistas, Voluntad propia.

Estado civil: Casado/a, Soltero/a, Divorciado/a, Separado/a, Viudo/a.

Situación laboral: Activo/a, Parado/a, Ama de casa, Jubilado/a.

Nivel de estudios: Básicos, Secundarios, Universitarios.

Motivo de abandono:

Salud/Prevención: No/Sí

Salud/Disminución de síntomas: No/Sí

Dejar de ser dependiente: No/Sí

Ahorro de dinero: No/Sí

Calidad de vida: No/Sí

No perjudicar a mis hijos/pareja: No/Sí

Ser un buen ejemplo: No/Sí

Fuma/ba padre: No/Sí/No sabe

Fuma/ba madre: No/Sí/No sabe

Fuma/ba hermano/a mayor: No/Sí/No sabe/No procede

Fuman el resto de hermanos: No fuman, de forma mayoritaria/ Si fuman, de forma mayoritaria/ Hay igual número de fumadores que de no fumadores/ No procede

Fuman los amigos: No fuman, de forma mayoritaria/ Si fuman, de forma mayoritaria / Hay igual número de fumadores que de no fumadores

Fuman los compañeros de trabajo: No fuman, de forma mayoritaria / Si fuman de forma mayoritaria/ Hay igual número de fumadores que de no fumadores

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica: No /Sí / No sabe

Asma bronquial: No / Sí

Diabetes mellitus: No / Sí

Hipertensión arterial: No / Sí

Cardiopatía isquémica: No / Sí

Cáncer de pulmón: No / Sí

Cáncer de vejiga: No / Sí

Ictus: No / Sí

Depresión: No / Sí

Ansiedad: No / Sí

Tiempo entre que se levanta y fuma el primer cig: Más de 60 min / De 31 a 60 min / De 6 a 30 min / Hasta 5 min.

Cuántos cig fuma al día: ≤ 10 / Entre 11 y 20 / Entre 21 y 30 / > 30.

Puntuación del Test de Fagerström: Dep. baja (≤ 3) / Dep. moderada (4-7) / Dep. alta (> 7)

Heaviness Smoking Index:

Categorización versión 1: Dependencia (Dep.) muy baja (0-2) / De. Baja a moderada (3) / De. Moderada (4) / Dep. alta (> 4)

Categorización versión 2: De. baja (0-1) / Dep. media (2-4) / Dep. alta (5-6)

Categorización versión 3: Dep. baja (< 4) / Dep. alta (≥ 4)

Test de Fagerström (≤ 7 y > 7): Dep. Baja-moderada (≤ 7) / Dep. Alta (> 7)

Puntuación del Test de Richmond:

Categorización según Internet v. 1: Motivación no muy alta (0-4) / Motivación muy alta (5-10)

Categorización según Internet v. 1: Motivación débil (0-5) / Motivación media (6-8) / Motivación fuerte (≥ 9)

Categorización según el Servicio Extremeño de Salud – Área Salud Badajoz: Motivación baja (≤ 4) / Motivación media (5-6) / Motivación alta (≥ 7)

Categorización según el Servicio Andaluz de Salud: Nulo o bajo (0-3) / Dudososo (4-5) / Moderado (6-7) / Alto (8-10)

Puntuación del Test de Motivación de Khimji-Watts Categorizada: Motivación débil (3-6) / Motivación media (7-11) / Motivación fuerte (12-15)

Puntuación del Test de Motivación del Hospital Henri Mondor categorizada: ¿Es el momento? (≤ 6) / Oportunidades reales pero dificultades a tener en cuenta (7-12) / Bastantes posibilidades (13-15) / Muchas posibilidades (≥ 16)

Variables cuantitativas:

Edad (años)

Edad de inicio (años)

Número de años fumando (años)

Consumo de cigarrillos (cig/día)

Consumo acumulado (años paq)

Número de intentos previos de abandono

Peso (kg)

Talla (cm)

CO (ppm) (Monóxido de carbono en aire exhalado)

Escala Analógica Visual

Puntuación del Test de Richmond

Puntuación del Test de Motivación del Hospital Henri Mondor

Puntuación del Test de motivación de Khimji-Watts

Puntuación del Test de Fagerström

Heaviness Smoking Index

Tabla 1. Comunicación 257. Variables recogidas.

Variables	OR (SE)	IC95% OR	p
Modelo 1	Edad	1,01 (0,01)	0,99 a 1,03
	Peso	1,02 (0,01)	1,00 a 1,03
	Depresión (Sí vs No)	0,59 (0,23)	0,27 a 1,28
Modelo 2	Edad	1,01 (0,01)	0,99 a 1,04
	IMC	1,00 (0,01)	0,98 a 1,01
	Depresión (Sí vs No)	0,63 (0,23)	0,29 a 1,39
Modelo 3	Peso	1,02 (0,01)	1,00 a 1,03
			0,028

OR: Odds ratio; SE: Error estándar; IC 95% OR: Intervalo de confianza al 95% para la OR; p: Grado de significación.

Tabla 2. Comunicación 257.

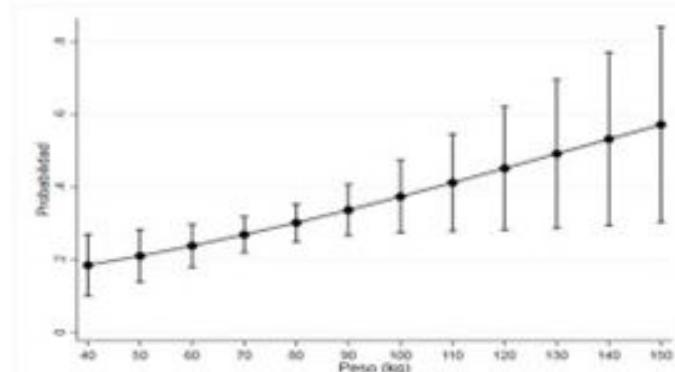


Figura 1. Comunicación 257.

536. ¿EXISTEN CARACTERÍSTICAS DIFERENTES EN EL ASMA EN FUMADORES, EXFUMADORES Y NUNCA FUMADORES EN UNA UNIDAD DE ASMA GRAVE?

Pedro Manso Tejerina¹, Isabel Pina Máiquez², Rocío Magdalena Díaz Campos¹, Raquel de la Sota Montero¹, Carmen Vizoso Gálvez¹ y José Ignacio de Granda Orive¹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España. ²Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España.

Introducción: Analizar la diferencia entre pacientes que consumen o han sido consumidores de tabaco y las características del asma.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional de una muestra de pacientes que acuden de forma consecutiva a la Unidad de Asma Grave en un hospital terciario entre septiembre de 2020 y diciembre de 2021. Se registraron datos demográficos, estatus de fumador (fumador, exfumador y nunca fumador, motivo de consumo, cantidad y tipo de tabaco, edad de inicio y de abandono del consumo, uso de cigarrillos electrónicos) y características del asma (pruebas de función pulmonar, tipo de tratamiento, uso de biológicos, número y gravedad de las exacerbaciones y valor de las escalas ACT y TAI). Para corroborar la abstinencia auto-reportada por los pacientes se realizó a todos ellos una cooximetría (punto de corte para considerar no fumador ≤ 6). Para el análisis estadístico se utilizó un árbol de decisión mediante el algoritmo CHAID.

Resultados: Se reclutaron 103 pacientes, de los cuales 8 eran fumadores (7,8%) y 47 exfumadores (45,6%). La edad media fue de $54,19 \pm 15,73$ años y 32 (21,1%) eran varones. Las características de los pacientes de la muestra en relación con el tabaquismo y el asma se detallan en tabla. El consumo de tabaco (actual y previo) se relacionó significativamente con la presencia de obstrucción al flujo aéreo ($p = 0,026$) y con un porcentaje de FEV1 $\leq 87\%$ ($p = 0,028$). Sin embargo, al analizar a los fumadores y exfumadores por separado, no se

encontraron diferencias significativas con las características de su asma.

Tabaco	Asma		
Estatus de fumador		Gravedad del asma:	
Fumadores (N, %)	8 (7,8%)	Intermitente (N, %)	0
Exfumadores (N, %)	47 (45,6%)	Persistente leve (N, %)	6 (5,82%)
Nunca fumadores (N, %)	48 (46,6%)	Persistente moderado (N, %)	37 (35,92%)
		Persistente grave (N, %)	60 (58,4%)
IPA (media, DE)	22,13 (23,28)	FVC en ml (media, DE)	3.292,68 (1.018,38)
Número de cigarrillos actualmente (N, %)	12,25 (8,99%)	FVC porcentaje (media, DE)	104,2 (17,07)
Tipo de tabaco		FEV1 en ml (media, DE)	2340,95
Tabaco rubio (N, %)	6 (5,82%)	(815,13)	
Usuarios de cigarrillo electrónico (N, %)	1 (0,97%)	FEV1 porcentaje (media, DE)	88,75 (19,67)
HSI (media, DE)	2,13 (1,64)	FEV1/FVC (media, DE)	70,32 (11,84)
CO (media, DE)	6,4 (12,47)	Obstrucción (N, %)	34 (33%)
Año de inicio (media, DE)	37,2 (3,26)	FeNO (media, DE)	28,24 (18,04)
Abandono de tabaquismo por asma (N, %)	16 (15,53%)	ACT (media, DE)	22,82 (3,17)
Tabaquismo por refuerzo negativo (N, %)	4 (3,88%)	Tratamiento inhalador:	
		GCI (N, %)	4 (3,88%)
		GCI+LABA (N, %)	59 (57,28%)
		GCI+LABA+LAMA (N, %)	39 (37,86%)
		Uso de biológico (N, %)	17 (16,5%)
		TAI (media, DE)	24,44 (1,2)
		Nº de exacerbaciones en el año previo (media, DE)	0,95 (1,38)

ACT: test de control de asma, DE: desviación estándar, HSI: índice de intensidad de tabaquismo, IPA: índice años/paquete, TAI: test de adhesión a inhaladores.

Tabla 1. Comunicación 536. Existen características diferentes en el asma en fumadores, exfumadores y nunca fumadores en una Unidad de Asma Grave.

Conclusiones: Los asmáticos fumadores y exfumadores presentan peor función pulmonar que los nunca fumadores.

392. EXPERIENCIA CON VARENICLINA EN UN HOSPITAL COMARCAL

Lorena González Justo¹, Concepción Rodríguez García², Manuel Ángel Martínez Muñíz², Pablo Fernández Álvarez², Álvaro Romero Suárez², Vladimir Aroldo Zuñiga², Lucía Gimeno Fernández², Manuel Ángel Villanueva Montes², José Antonio Gullón Blanco², Fernando José Álvarez Navascués², Jesús Allende González² y Andrés Avelino Sánchez Antuña²

¹Sección Neumología, Hospital Vital Álvarez-Buylla, Mieres, Asturias, España. ²Unidad de Gestión Clínica Neumología, Hospital Universitario San Agustín, Avilés, Asturias, España.

Introducción: Nuestro objetivo fue, describir y analizar las características de los pacientes a los que se les prescribió vareniclina para dejar de fumar, así como la tasa de éxito de abstinencia, a los 3, 6 y 12 meses del inicio del tratamiento.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo y observacional, en el que se incluyeron los pacientes que acudieron a la consulta de deshabituación tabáquica de nuestro hospital entre septiembre de 2012 y junio de 2021, y se les prescribió vareniclina como tratamiento farmacológico. Los datos reflejados se obtuvieron de la base de datos de la consulta de deshabituación tabáquica y de las historias clínicas de los pacientes. Estudio estadístico: Programa SPSS, comparación de proporciones por chi cuadrado, comparación de medias independientes por t de Student su equivalente no paramétrico U de Mann Whitney ($p < 0,05$).

Resultados: Obtuvimos un total de 320 pacientes; de los cuales 161 eran mujeres (50,3%) y 159 eran hombres (49,7%), con una edad media de $53,72 \pm 11,8$ años. Presentaban comorbilidades 183 de ellos (57%), y 137 eran pacientes sanos (43%). Presentaban patología psiquiátrica 71 pacientes, un 22% de la muestra. Habían realizado intentos previos, 270 pacientes (84%). El consumo medio de cigarrillos/día, el índice paquetes/año, y las puntuaciones de cooximetría y los test de motivación y dependencia en la primera consulta se reflejan en la tabla 1. Fumaban por recompensa positiva 107 pacientes (33,4%), negativa 180 pacientes (56,3%) e indiferente 32 pacientes (10%). El tiempo al primer cigarrillo fumado en el día se refleja en la tabla 2. Analizamos número de pacientes que no fumaban en las revisiones realizadas a los 3, 6 y 12 meses; siendo 159 pacientes (49,7%), 128 pacientes (40%) y 115 pacientes (36%) respectivamente. No obtuvimos diferencias significativas en los resultados por sexo, intentos previos ni por tener comorbilidades. Tampoco encontramos diferencias en la abstinencia con respecto a las puntuaciones de los test de dependencia, motivación ni recompensa.

Conclusiones: En nuestra muestra, solicitan ayuda para dejar de fumar casi el mismo número de hombre que de mujeres. Más de la

mitad de los pacientes presentan comorbilidades, de las que el 22% eran por patología psiquiátrica. Ni el sexo, ni los intentos previos ni las comorbilidades ni las puntuaciones de los test son determinantes en las tasas de éxito de abstinencia en nuestra consulta. La vareniclina es un tratamiento efectivo para dejar de fumar.

913. EXPERIENCIA EN EL USO DE CITISINA EN LA UNIDAD DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA DE CIUDAD REAL

Patricia Mata Calderón, Marta Orta Caamaño, Isabel Ordóñez Dios y Carlos Bujalance Cabrera

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España.

Introducción: El tabaquismo es la principal causa de muerte en países desarrollados. A todos los pacientes (p) que deseen abandonar el hábito tabáquico se les debería ofrecer una intervención multi-componente (apoyo psicológico y tratamiento farmacológico) para garantizar mayor probabilidad de éxito de la terapia. Dados los problemas actuales con dos de los tratamientos más usados en la deshabituación tabáquica, nuestro objetivo es analizar las características de los pacientes a los que se les recomienda en la unidad de deshabituación tabáquica de Ciudad Real, iniciar el proceso de deshabituación con citisina, nuevo tratamiento comercializado en España.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes tratados con citisina que fueron atendidos en la Unidad de Deshabituación tabáquica del HGU de Ciudad Real desde enero de 2022 a junio de 2022.

Resultados: Fueron incluidos un total de 35 p, 17 hombres (48,6%) y 18 mujeres (51,4%). La edad media fue de 52,26 años con edad media de inicio al tabaquismo de 15,97 años. El grado de dependencia medio, por el test de Fagerström, fue de un 7,15% y un consumo medio de 21,47 cig/día, con IPA medio de 39,26. Respecto a las comorbilidades presentadas cabe destacar la depresión como el más predominante, un 48,6% de ellos, seguido de del sobrepeso en un 36,4%, la HTA con un 28,6%, DL en un 17% y EPOC en un 8%, mucho menos frecuente fue la cardiopatía isquémica o el asma bronquial, ambos con un 2,9%. Tras la valoración de nuestros p en una primera consulta, de los 35 p a los que se les indicó el tratamiento con citisina, solo 24 de ellos lo inició, suponiendo un 68,6%. Conseguimos la abstinencia a los 3 meses en el 70,8%, y a los 6 meses en el 58,3%. Es un tratamiento bien tolerado en general, destacando el aumento de apetito como reacción adversa más frecuente (11,4%) seguido de las alteraciones del sueño (5,7%). La puntuación de síndrome de abstinencia por el cuestionario MNWS fue en la primera semana 5,8 ptos de media, aumentando al mes a 7,29 ptos, y bajando a los 3 meses a 5,53 ptos.

Consumo Cig/día	20.52 ± 8.1
Consumo acumulado Paq/año	38.19 ± 19.89
Cooximetría	27.71 ± 12.6
Test de Glover-Nilson	18.09 ± 7.1
Test de Richmond	8.12 ± 1.3
Test de Fagerström	5.65 ± 1.98

Tabla 1. Comunicación 392.

Tº al primer cigarrillo	Nº de pacientes	Porcentaje
5 minutos	137	42.8%
6 - 30 min	128	39.9%
30 - 60 min	39	12.2%
Más de 60 min	16	5%

Tabla 2. Comunicación 392.

Conclusiones: Se indica tratamiento, por igual tanto a hombres como a mujeres, con citisina con una edad media de 56a y un IPA medio de 39, Fagerström medio de 7 y presentando como comorbilidad principal la depresión y el sobrepeso. Objetivamos porcentajes de abstinencia a los 3 meses fue del 70,8%, y a los 6meses del 58,3%. Los efectos adversos más frecuentes fueron aumento de apetito y alt. sueño. Destacar la limitación de la no financiación del tratamiento para inicio de tratamiento, con pérdida de pac.

275. EXPERIENCIA, SEGURIDAD Y EFICACIA DE CITISINA EN NUESTRA UNIDAD DE TABAQUISMO

Anastasiya Torba Kordyukova, Esther Pastor Esplá, Ignacio Boira Enrique, Violeta Esteban Ronda, Carmen Castelló Faus, Carly Celis Pereira, María Hernández Padilla, José Norberto Sancho Chust y Eusebi Chiner Vives

Hospital Universitario San Juan de Alicante, Sant Joan d'Alacant, España.

Introducción: La citisina es un agonista parcial de los receptores de nicotina que desde 2021 está disponible como tratamiento de primera línea en el tabaquismo. Actualmente, es una de las dos opciones aprobadas disponibles en España. El objetivo de este trabajo fue analizar nuestra experiencia en la Unidad Especializada de Tabaquismo del Hospital Universitario de San Juan de Alicante en cuanto a eficacia y seguridad durante los primeros meses de uso de este fármaco.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes que realizaron un intento de dejar de fumar con ayuda farmacológica de citisina entre enero y noviembre de 2022. Se recogieron variables demográficas, antecedentes médicos, historia de tabaquismo, motivación para dejar de fumar mediante escala analógica visual (EVA), dependencia física (test de Fagerström), intentos y tratamientos previos con otros fármacos. Se analizó la adherencia al tratamiento, efectos adversos, percepción de eficacia para dejar de fumar y abstinencia al mes, 3 meses y 6 meses.

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes. Cinco (12,5%) se perdieron en el seguimiento y 8 (20%) no iniciaron finalmente el tratamiento. Los 27 pacientes que comenzaron citisina eran 63% varones con una edad media de 55 ± 6 años. Un 44% padecían hipertensión arterial, un 15% diabetes y un 33% dislipemia. Como antecedentes neurológicos, un 33% EPOC y un 4% había padecido un cáncer de pulmón. Respecto al tabaquismo, habían comenzado a fumar a los 17 ± 6 años, fumaban una media de 20 ± 2 cigarrillos al día, consumo acumulado de 44 ± 6 a/p, en su mayoría tabaco manufacturado. Estaban bastante motivados para dejar de fumar (EVA 8 ± 1 punto) y tenían alta dependencia a nicotina (Fagerström 7 ± 2 puntos). La medida de intentos previos fue 3, un 44% había probado con TSN, 26% con

buproprión y 63% con vareniclina en algún momento. Respecto a su experiencia con citisina, un 77% finalizó correctamente el tratamiento, solo 3 pacientes manifestaron algún efecto adverso como sudoración o aumento de peso y en su mayoría (78%) se mostraron satisfechos con el tratamiento. En cuanto a la abstinencia, 56% se declararon abstinentes el primer mes, 52% a los 3 meses y 38% a los 6 meses. Un 26% de pacientes que no consiguieron dejar de fumar por completo declararon haber reducido su consumo.

Conclusiones: En nuestra experiencia, el tratamiento con citisina durante 25 días es una opción de tratamiento segura, bien tolerada y eficaz.

293. HÁBITO TABÁQUICO Y RECUPERACIÓN TRAS LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2

Ana Roca Noval, Miguel Jiménez Gómez, Eduardo Catalinas Muñoz, Julia Diaz Miravalls y Rocío García García

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Introducción: El objetivo de nuestro estudio fue estudiar la influencia del hábito tabáquico en la recuperación de la infección por SARS-CoV-2.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo de los pacientes valorados en una consulta monográfica de seguimiento pos-COVID. Se dividieron en 3 grupos en función de su hábito tabáquico (grupo 1: nunca fumadores, grupo 2: fumadores activos y grupo 3: exfumadores) se analizaron y compararon las variables demográficas, características clínicas, datos de función pulmonar (espirometría y difusión) y hallazgos en TC torácico a los 6 meses y al año de la infección aguda.

Resultados: Analizamos 463 pacientes, 304 nunca fumadores, 141 exfumadores y 18 fumadores activos. La edad media fue de $53,85 \pm 12$ en el grupo 1, $56,6 \pm 10$ en el grupo 2 y $60,75 \pm 12$ en el grupo 3 siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Un 44% de hombres en el grupo 1, 61% en el grupo 2 y 73% en el grupo 3. El Índice Paquete/Año fue de 20, similar en el grupo de exfumadores y fumadores activos. En la tabla se recoge la evolución de la persistencia de los síntomas, las alteraciones en prueba de imagen y función pulmonar a los 6 meses y al año de la infección aguda. La persistencia de síntomas a los 6 meses es más frecuente en los pacientes fumadores activos o exfumadores siendo la disnea el síntoma más frecuente. Los exfumadores presentaron significativamente más alteraciones en el TC torácico, la más más frecuente fue la persistencia de vidrio deslustrado. El 12% presentó enfisema en el TC de tórax. Se

		Nunca fumador	Fumador activo	Exfumador	P
6 meses	Persistencia de síntomas	69%	53%	67%	0,016
	Alteraciones en el TC	94%	75%	98%	<0,001
	FVC ml[%]	3330(100%)	3600(104%)	3400(99%)	ns
	FEV1 ml[%]	2715(98%)	2600(86%)	2500(93%)	0,007
	FEV1/FVC	80	71	77	0,001
	DLCO %	87%	82%	82%	ns
12 meses	Persistencia de síntomas	50%	25%	54%	ns
	Alteraciones en el TC torácico	92%	83%	100%	ns
	FVC ml[%]	3085(97%)	4000(98%)	3700(99%)	ns
	FEV1 ml[%]	2500(98%)	3500(101%)	2700 (100%)	ns
	FEV1/FVC	81	80	77	0,037
	DLCO %	77	75	77	ns

Tabla 1. Comunicación 293. Persistencia de síntomas, alteraciones en TC torácica y pruebas de función respiratoria a los 6 y 12 meses de la infección aguda por SARS CoV-2 en pacientes nunca fumadores, fumadores activos y exfumadores.

encontraron diferencias significativas en el FEV1 y en la relación FVC/FEV1 entre nunca fumadores y exfumadores. Se estableció *de novo* el diagnóstico de EPOC en el 9% de la muestra, 33% de los exfumadores y 15% de los fumadores activos.

Conclusiones: No se observa una relación entre el hábito tabáquico y la recuperación clínica, radiológica y funcional a los 12 meses tras la infección por SARS-CoV-2. Se estableció el diagnóstico de EPOC en el 9% de los pacientes.

577. INFLUENCIA DE LA ÉPOCA DEL AÑO EN LA DEMANDA DE CONSULTAS DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA Y EN EL CESE DEL HÁBITO TABÁQUICO

Inmaculada Gorordo Unzueta, Francisco de Borja Mencia Diez, María Allende Gil de Gómez García, Leire Dávila Peña, Urko Aguirre Larracoechea, Olaia Bronte Moreno, Myriam Aburto Barrenechea, Leyre Chasco Egilaz, Ana Jodar Samper, Amaia Aramburu Ojembarrena, Patricia García Hontoria, María Iciar Arrizubieta Basterrechea y Pedro Pablo España Yandiola

Hospital Galdakano-Usansolo, Galdakano, España.

Introducción: Se sabe que el consumo de tabaco y su inicio en la juventud es mayor en verano y que la venta de productos para el cese es mayor en invierno. El objetivo es conocer las características de nuestros pacientes fumadores en función de la época del año en la que han acudido a consulta, y si el cese del tabaquismo varía según las diferentes épocas del año.

Material y métodos: Se recogieron de forma prospectiva todos los pacientes que acudieron a consultas de deshabituación tabáquica desde Sep-2016 hasta Feb-2020. Se analizaron características socio-demográficas, número de cigarrillos, test de dependencia física de Fagerström, test de motivación de Richmond, niveles de monóxido de carbono en aire exhalado y número de intentos previos. Los meses del año se agruparon en 5 bloques (A: enero-febrero-marzo; B: abril-mayo-junio; C: julio-agosto; D: septiembre-octubre-noviembre; y E: dic). Se miró el cese del tabaquismo a 6 meses y 12 meses de la 1^a visita. Se realizó un análisis exploratorio de los datos recabados en el estudio. Se evaluaron las diferencias de las características sociodemográficas y clínicas según el periodo de la primera visita de la consulta del tabaco. Finalmente, se desarrollaron modelos de supervivencia de cese total a 6 meses y 1 año de seguimiento.

Resultados: En total se reclutaron 268 pacientes durante el periodo del estudio, de los cuales 143 pacientes fueron hombres con una

	Periodo de inicio de la primera visita a la consulta de tabaco					Total (n = 268)
	A (n = 66)	B (n = 66)	C (n = 16)	D (n = 96)	E (n = 24)	
Sexo						
Hombre	28 (42.42)	46 (69.70)	7 (43.75)	50 (52.08)	12 (50.00)	143 (53.36)
Mujer	38 (57.58)	20 (30.30)	9 (56.25)	46 (47.92)	12 (50.00)	125 (46.64)
Edad	54.89 (11.68)	52.32 (11.12)	53.69 (9.39)	55.29 (11.20)	53.21 (9.08)	54.17 (11.02)
IMC	26.78 (6.58)	26.85 (5.68)	28.53 (8.31)	26.67 (7.14)	25.39 (4.81)	26.86 (6.49)
Patología respiratoria						
No	52 (78.79)	54 (83.08)	10 (62.50)	68 (71.58)	19 (79.17)	203 (76.32)
Si	14 (21.21)	11 (16.92)	6 (37.50)	27 (28.42)	5 (20.83)	63 (23.68)
Patología cardíaca						
No	10 (15.15)	16 (24.24)	2 (12.50)	14 (14.74)	5 (20.83)	47 (17.60)
Si	56 (84.85)	50 (75.76)	14 (87.50)	81 (85.26)	19 (79.17)	220 (82.40)
Patología psiquiátrica						
No	56 (84.85)	55 (87.30)	11 (68.75)	77 (81.91)	14 (58.33)	213 (80.99)
Si	10 (15.15)	8 (12.70)	5 (31.25)	17 (18.09)	10 (41.67)	50 (19.01)
Alcoholismo						
No	58 (89.23)	62 (95.38)	13 (81.25)	85 (90.43)	20 (83.33)	238 (90.15)
Si	7 (10.77)	3 (4.62)	3 (18.75)	9 (9.57)	4 (16.67)	26 (9.85)
Nº de cigarrillos que fuma al día						
≤20	43 (68.25)	39 (65.00)	13 (81.25)	61 (65.59)	15 (65.22)	171 (67.06)
21-30	14 (22.22)	16 (26.67)	2 (12.50)	23 (24.73)	5 (21.74)	60 (23.53)
>30	6 (9.52)	5 (8.33)	1 (6.25)	9 (9.68)	3 (13.04)	24 (9.41)
Test de Fagerstrom						
<4	14 (21.54)	18 (28.13)	6 (37.50)	27 (29.03)	3 (13.04)	68 (26.05)
4-6	30 (46.15)	33 (51.56)	8 (50.00)	45 (48.39)	12 (52.17)	128 (49.04)
>6	21 (32.31)	13 (20.31)	2 (12.50)	21 (22.58)	8 (34.78)	65 (24.90)
Número de intentos						
0	11 (21.15)	12 (27.91)	4 (36.36)	8 (11.94)	4 (28.57)	39 (20.86)
1-5	30 (57.69)	25 (58.14)	4 (36.36)	47 (70.15)	10 (71.43)	116 (62.03)
≥6	11 (21.15)	6 (13.95)	3 (27.27)	12 (17.91)	0 (0)	32 (17.11)
Test de Richmond						
<8	9 (13.85)	14 (22.58)	2 (12.50)	13 (13.98)	5 (21.74)	43 (16.60)
≥8	56 (86.15)	48 (77.42)	14 (87.50)	80 (86.02)	18 (78.26)	216 (83.40)
Niveles de CO						
≤ 5 ppm	15 (23.44)	9 (16.36)	3 (20.00)	12 (15.79)	4 (20.00)	43 (18.70)
6-10 ppm	13 (20.31)	12 (21.82)	2 (13.33)	15 (19.74)	2 (10.00)	44 (19.13)
≥ 10 ppm	36 (56.25)	34 (61.82)	10 (66.67)	49 (64.47)	14 (70.00)	143 (62.17)
Cese total a los 6 meses						
No	45 (68.18)	39 (59.09)	7 (43.75)	46 (47.92)	11 (45.83)	148 (55.22)
Si	21 (31.82)	27 (40.91)	9 (56.25)	50 (52.08)	13 (54.17)	120 (44.78)
Cese total al año						
No	42 (63.64)	35 (53.03)	7 (43.75)	46 (47.92)	11 (45.83)	141 (52.61)
Si	24 (36.36)	31 (46.97)	9 (56.25)	50 (52.08)	13 (54.17)	127 (47.39)

A: Enero-Febrero-Marzo; B: Abril-Mayo-Junio; C: Julio-Agosto; D: Septiembre-Octubre-Noviembre; E: Diciembre

Tabla 1. Comunicación 577. Características de los pacientes estratificados por el periodo de inclusión de la primera visita.

edad media de 54,17 (DE: 11,02) años. Las primeras visitas fueron más frecuentes en el bloque D (35,8%), seguidas del A y B (ambas 24,63%), E (8,96%) y C (5,97%). Las mujeres acudieron más de enero a marzo y los varones de abril a junio. No hubo diferencias en cuanto a las comorbilidades, a excepción de la patología psiquiátrica que acudió más en julio y diciembre. No hubo diferencias en los resultados de test de dependencia física Fagerström global, ni en la 1^a respuesta del mismo, ni en el test motivación de Richmond. En cuanto al cese a los 6 meses, menos cese en los que acudían a la consulta en los primeros meses del año, y a los 12 meses, solo se mantienen en el cese, los que acudían los meses de Sep-Oct-Nov.

Conclusiones: En nuestra cohorte hay más visitas para deshabituación tabáquica tras el verano. El paciente psiquiátrico acude más a las consultas en julio y en diciembre. Las características del tabaquismo no varían a lo largo de año. Existe mayor deshabituación en los pacientes que acuden a las consultas tras el verano. Esto podría ser útil para diseñar programas de deshabituación en ciertas épocas del año.

642. NUESTRA EXPERIENCIA CON CITISINA

Dines Marte Acosta, José Alfonso García Guerra,
Gloria Francisco Corral, Gonzalo Rodríguez de la Rubia Naveso,
María Luisa Gómez Soguero y Ana Bellido Maldonado
Hospital La Mancha Centro, Alcázar de San Juan, España.

Introducción: El tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica que se mantiene en el tiempo merced a la dependencia que produce la nicotina. Es la primera causa de muerte evitable en países desarrollados, por lo que su abordaje y deshabituación es esencial. Nuestro trabajo pretende evaluar las características de una cohorte de pacientes seguidos en una consulta monográfica de deshabituación tabáquica que iniciaron tratamiento con citisina y los resultados obtenidos en su seguimiento.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de una cohorte de 20 pacientes seguidos en la consulta monográfica de Tabaquismo del Hospital Mancha Centro, a los cuales se les indicó tratamiento con citisina a lo largo del último año. Se han recogido datos de la visita inicial y de las sucesivas revisiones realizadas. Las principales variables recogidas fueron, entre otras, edad, sexo, consumo de tabaco, índice paquetes año (IPA), comorbilidades, número de intentos previos, recaídas, tratamientos previos, test de Fagerström; así como recaídas y el tiempo de abandono.

Resultados: De todos nuestros pacientes seguidos en consulta monográfica de Tabaquismo se prescribió citisina en el último año a 20, con una edad media de 52,8 años (DE ± 9,5) de los cuales la mitad (50%) eran mujeres. El consumo medio de cigarrillos de estos pacientes era de 20 (DE ± 8,7) con índice paquetes-año promedio de 36 (DE ± 17,2) y edad media de inicio de 16,8 años (DE ± 4,9). El 90% de los pacientes habían realizado al menos un intento previo de abandono del tabaco, siendo la vareniclina el fármaco más usado en sus intentos de deshabituación previa (35,7%). Las comorbilidades más frecuentes encontradas fueron dislipemia, depresión y ansiedad. La media del test de Fagerström en los datos recogidos fue de 6,2 (DE ± 2,3). Del total de pacientes a los que se les prescribió la citisina, iniciaron tratamiento 11 (55%) con buena tolerancia en todos los casos. Solo un paciente (9%) presentó efectos secundarios leves a nivel digestivo, que mejoró al reducir la dosis. De estos 11 pacientes, 5 (45%) continúan actualmente sin fumar y 6 han recaído (55%).

Conclusiones: Según nuestra experiencia en la consulta monográfica de tabaquismo, la citisina es un tratamiento eficaz para dejar de fumar en un porcentaje elevado de pacientes, con buena tolerancia y pocos efectos secundarios. Sería necesario realizar más estudios con mayor número de pacientes para confirmar estos datos.

126. ¿PREGUNTAMOS POR EL TABACO?

Raúl Godoy Mayoral¹, Wanda Almonte Batista¹,
Asunción Lucas Cerro¹, Aquilino Martínez López¹,
Llanos Fernández Megías¹, Agustín García Valenciano¹,
María Luisa Castillejos Sierva¹, Antonio Honguero Martínez²,
Pablo León Atance², Patricia López Miguel¹, Ana Núñez Ares¹,
Alejandro Golfe Bonmatí¹ y Álvaro Hurtado Fuentes¹

¹Servicio de Neumología de Albacete, Albacete, España. ²Servicio de Cirugía de Tórax de Albacete, Albacete, España.

Introducción: Todo sanitario debería de preguntar por el hábito tabáquico de su paciente. Quisimos saber el grado de cumplimiento de esa norma en el servicio de neumología y compararlo con otros.

Material y métodos: 135 pacientes consecutivos que acudieron a la unidad de función pulmonar del complejo hospitalario universitario de Albacete. Se revisaron los antecedentes de su último informe y se recogieron las siguientes variables: género, edad, servicio, patología, tabaquismo, si se recogía el tabaquismo en sus antecedentes. Se hicieron frecuencias para las variables cualitativas y medias para cuantitativas. La inferencia se hizo con chi-cuadrado para cualitativas y t-Student para cuantitativa. Significación p < 0,05.

Resultados: 77% de los pacientes eran del servicio de neumología. En el 79% de informes se pregunta por el tabaco. En el caso de neumología es el 84%, con diferencias significativa con respecto a otras especialidades.

N=135				
género	mujer	69 (51,1%)		
fumador	Fumador	43 (31,9%)		
	No fumador	47 (34,8%)		
	Exfumador	45 (33,3%)		
Patología	EPOC	30 (22,2%)	Servicio	
	Asma	26 (19,3%)	Neumo	104 (77%)
	postCOVID	12 (8,9%)	Otros	31 (23%)
	Otras	75 (55,6%)		
	PTabaco			
	SI (107 (79,3%))	No (28 (20,7%))		
Servicio	Neumo	90 (84,1%)	14 (50%)	P<0,001
	Otros	17 (15,9%)	14 (50%)	
género	Femenino	50 (46,7%)	19 (67,9%)	P=0,046
	Masculino	57 (53,3%)	9 (32,1%)	
Tabaco	Fumador	39 (36,4%)	4 (14,3%)	P= 0,053
	No fumador	33 (33,8%)	14 (50%)	
	Exfumador	35 (32,7%)	10 (35,7%)	
	Edad	61,15 (13,7)	57,82 (14,3)	P=0,258

PTabaco: variable que refleja si se ha preguntado o no por el tabaco en el informe

Tabla 1. Comunicación 126. Resultados.

Conclusiones: En el 79% de los informes se refleja el hábito tabáquico del paciente. En el 10,4% neumología no refleja si el paciente es consumidor de tabaco. Hay diferencias significativas a favor de neumología. También de forma diferencial, se pregunta más acerca de este hábito a los hombres que a las mujeres. No existe diferencia entre el estado en cuanto al hábito tabáquico y el que se le pregunta. Aún queda trabajo educativo que realizar.

683. PREVALENCIA DEL VAPEO EN LOS JÓVENES

Sara Sánchez Martín, Mercedes Segura Romero, Eva Cabrera César, Daniel Enrique Vega Lizarazo, Jose Luís Velasco Garrido y M. Carmen Fernández Aguirre

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

Introducción: El uso de cigarrillos electrónicos y de otros productos para vapear ha aumentado en los últimos años. Se ha hecho

Motivo de consumo

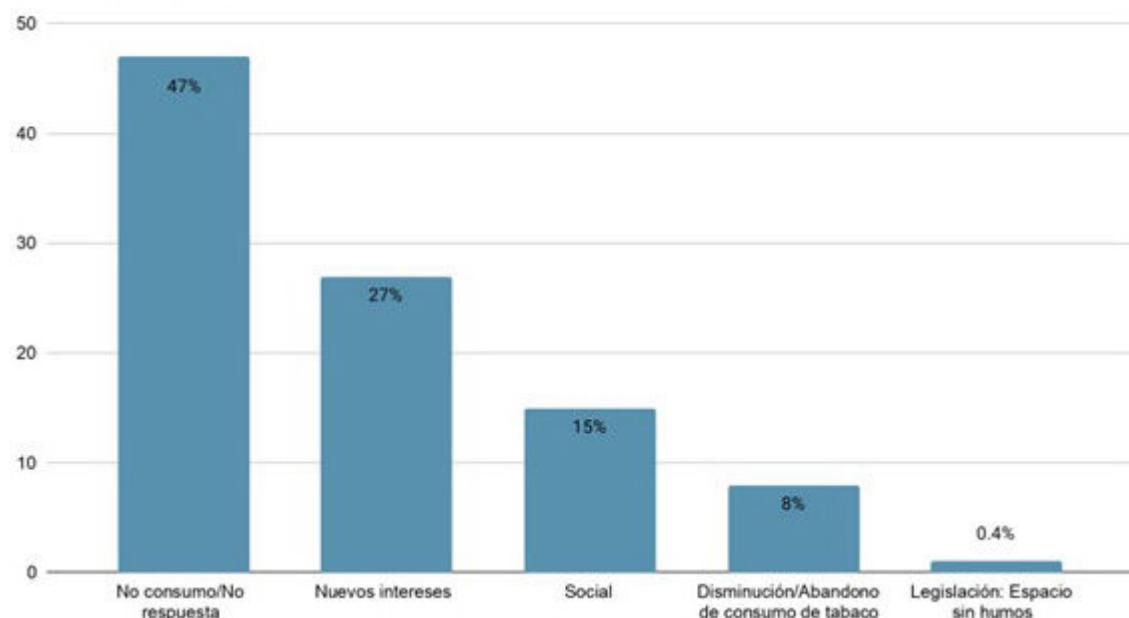


Figura 1. Comunicación 683. Motivos más habituales de vapeo.

frecuente en las nuevas generaciones. Diversos factores han contribuido a su popularidad, entre ellos una falsa sensación de reducción del daño. El objetivo es conocer la prevalencia de las nuevas formas de consumo de tabaco, la percepción del daño y su relación con el consumo de cigarrillos convencionales.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo, transversal a través de una encuesta online, en menores de 45 años. Recogiéndose variables demográficas y sobre el hábito tabáquico.

Resultados: Los encuestados fueron 733 individuos, siendo 673 las respuestas válidas según nuestros criterios de inclusión. La edad media es de 25,07 años, siendo menores de edad un 15,16% (102). Contestaron 367 mujeres (54,6%) y 305 hombres (45,4%). Un 98,8% (664) conocen que es un *vaper*, el 60,3% (405) lo han consumido. El 4,6% (31) lo utiliza de forma diaria, el resto (55,7%) (374) esporádicamente. Un 45% (194) de los dispositivos usados contienen nicotina. La edad media de inicio del vapeo es de 21,8 años. El 24,2% (163) eran fumadores convencionales, fumando una media de 5,7 cigarrillos/día y siendo la edad media de inicio de 16 años. Un 10,1% (55) ha comenzado a consumir tabaco tras el uso del *vaper*. 37,7% (252) tienen padres fumadores. De los cuales, sus hijos han iniciado el vapeo 182 personas y 80 tabaco, fumadores duales 77 personas. El 55,8% (368) cree que el *vaper* es menos perjudicial que los cigarrillos. En relación a los motivos más habituales de inicio del vapeo, se reflejan en la figura. 497 (75%) han probado la cachimba, 49,3% (312) son consumidores habituales. Un 96,4% (638) creen que tiene efectos nocivos para la salud.

Conclusiones: Los resultados de este trabajo alertan sobre la alta prevalencia del uso de las nuevas formas de consumo entre los más jóvenes. Casi la mitad de los vapeadores contienen nicotina, lo cual favorece el consumo de cigarrillos convencionales en el futuro. Un porcentaje de jóvenes se inician a fumar cigarrillos habiendo sido previamente vapeadores. Hay una mayor prevalencia de vapeo y tabaquismo entre los hijos de fumadores. Las altas prevalencias de vapeo y uso de cachimba entre los jóvenes, junto al pensamiento de que no son perjudiciales, ponen de manifiesto que de forma urgente, se necesitan estrategias intensas que informen de los riesgos de estas formas de consumo y limiten su uso.

234. PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN EL HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA

Beatriz Sanz Abos, Félix Martínez Quiñones, Cristina Gómez González, Ana Lucia Figueredo Cacacho y María Sierra Giménez Portero

Hospital General de la Defensa, Zaragoza, España.

Introducción: En el servicio de Neumología del Hospital General de la Defensa de Zaragoza (HGDZ) se ha puesto en marcha la consulta de Deshabituación tabáquica para ofrecer a los pacientes la educación sanitaria necesaria para el proceso de abandono del tabaco. Se capta a los pacientes fumadores que acuden a consulta de neumología por problemas respiratorios y que desean dejar de fumar y se les ofertara un tratamiento multidisciplinar. También realizaremos detección del déficit de alfa 1 antitripsina para poder diagnosticar y detectar los enfisemas de aparición temprana. Objetivo: implementar la puesta en marcha de la consulta de deshabituación tabáquica en consulta de enfermería del servicio de Neumología del HGDZ.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional sobre una muestra de 48 pacientes en la consulta de Deshabituación tabáquica del servicio de Neumología del HGDZ, desde enero hasta noviembre-22. Se realiza una entrevista motivacional de tabaquismo y se obtuvieron mediciones de las variables edad, sexo, peso, IPA, registro motivos para dejar de fumar, intentos previos, Alphakit (determinación DAAT), test de Fagerström, test de Richmond, método elegido para dejar de fumar y fase del proceso de cambio de Prochamra y Diclemente. Los pacientes recibieron terapia educacional y cognitivo-conductual para conducta de deshabituación.

Resultados: Muestra 48 pacientes, 45,8% varones y 54,2% mujeres, media de edad de 54 años. Test de Fagerström: 14 pacientes presentaban dependencia leve, 25 moderada y 9 dependencia grave. Test de Richmond: motivación para dejar de fumar baja en 12 pacientes, 5 dudosa, 12 moderada y 19 alta. Se determinó en qué fase de cambio del abandono de tabaco se encontraban para comenzar la deshabituación tabáquica. Resultados del déficit de alfa-1 antitripsina se

RESULTADOS DE DÉFICIT ALFA-1 ANTITRIPSINA

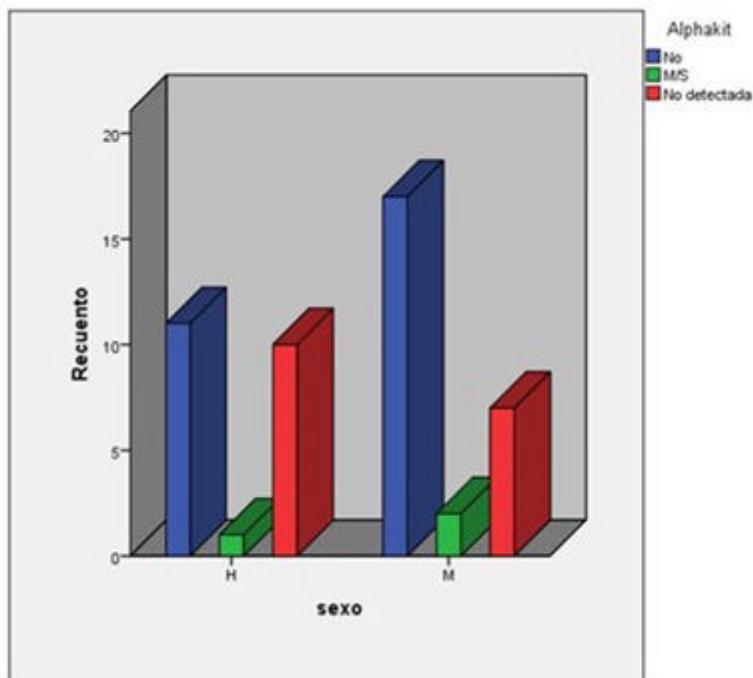


Figura 1. Comunicación 234. Resultados detección de alfa-1 antitripsina.

MÉTODOS DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

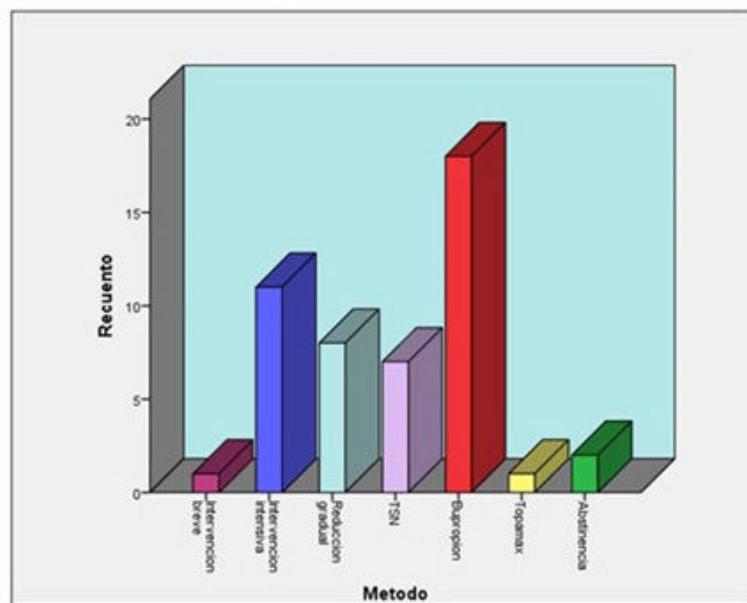


Figura 2. Comunicación 234. Método deshabituación tabáquica.

presentan en la figura 1, las muestras se recogieron desde mayo-22 y solo se ha realizado en 22 pacientes, siendo la mayoría "Variante no detectada". Según la fase de abandono de los pacientes se les proporcionaba distinta intervención de deshabituación. Los métodos elegidos por los pacientes se presentan en la figura 2, el método farmacológico elegido mayoritariamente es bupropión y la intervención

intensiva se realizó en los pacientes que decidieron seguir fumando por falta de motivación y no pudieron beneficiarse de la deshabituación tabáquica.

Conclusiones: Es imprescindible seguir insistir en la educación y deshabituación tabáquica de pacientes fumadores. Disminuir el infadiagnóstico de DAAT en pacientes respiratorios.

65. ¿QUÉ OPINAN LOS FUMADORES SOBRE LAS AYUDAS PARA EL ABANDONO DEL CONSUMO DEL TABACO?

Santiago Antonio Juarros Martínez¹, Enrique Macías Fernández², Ana Isabel García Onieva², David Vielba Dueñas², María Isabel Ramos Cancelo², Sofía Jaurrieta Largo², Marta Belver Blanco², Blanca de Vega Sánchez², Jose Javier Vengoechea Aragónccillo² y Rafael Castrodeza Sanz²

¹Unidad de Tabaquismo, Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España. ²Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España.

Introducción: La mayoría de los fumadores desearía abandonar el consumo del tabaco. Un escaso porcentaje lo logra por sí mismo y la probabilidad de conseguirlo se multiplica cuando se recibe ayuda sanitaria. Los profesionales de la salud confiamos en su eficacia pero no está claro lo que opinan los fumadores. El objetivo de nuestro trabajo ha sido conocer la opinión y la actitud de un grupo de fumadores sobre las ayudas sanitarias para abandonar el consumo del tabaco.



Figura 1. Comunicación 65. Etapa de cambio.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional dirigido a fumadores que se han ofrecido a colaborar en una encuesta voluntaria difundida por redes sociales y medios de comunicación el día mundial sin tabaco. Variables analizadas: género, edad, nivel de estudios, cig/día y años fumando (índice años-paquete IAP), *heavy smoke index*, grado de tabaquismo, tipo de refuerzo, etapa de cambio e intentos de abandono. Se les preguntó sobre las ayudas sanitarias para dejar de fumar: si las conocen, si creen que son suficientes y accesibles, y si desearían información sobre las mismas. En la encuesta se proporcionó un enlace con información sobre estas ayudas y se les preguntó si

abandonarían el tabaco después de haberlo consultado. Análisis estadístico comparativo: chi², y-Student, U-Mann-Whitney, regresión logística multivariante. Significación estadística p < 0,05.

Resultados: Se obtuvieron 52 respuestas. 63,7% mujeres. Edad mediana 49 años. Estudios universitarios 57,7% y secundarios 19,2%. Consumo medio: 12,9 c/d un promedio de 24,6 años (IAP 17,7). Etapa de cambio (fig. 1). El 25% de los fumadores no conocía de la existencia de ayudas sanitarias para dejar de fumar. El 51,3% cree que son insuficientes, a mayor grado de tabaquismo (p 0,006). El 41% opina que no son accesibles. El 67,3% manifestó no desear información sobre estas ayudas, mayoritariamente con estudios secundarios y universitarios (p 0,033) e influidos por la etapa de cambio (fig. 2). Un 12,5% de los que no sabía de ayudas para dejar de fumar, abandonaría el consumo después de consultarlas (p 0,051). No se han visto diferencias por otras características de los fumadores.

Conclusiones: A pesar de las limitaciones del estudio (escasa muestra no representativa), hemos encontrado un elevado desconocimiento y falta de confianza de los fumadores en la ayuda sanitaria para dejar de fumar. La etapa de cambio influye en el deseo de ser informado y ayudado. La información por redes sociales y medios de comunicación ha tenido un efecto similar a la intervención mínima en tabaquismo.

139. RELACIÓN ENTRE CONTROL DE LA EPOC Y GRADO DE DEPENDENCIA FÍSICA EN TABAQUISMO

Esperanza Salcedo Lobera, Esperanza Doña Diaz y Antonio Dorado Galindo

Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España.

Introducción: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) tiene como causa fundamental el consumo de tabaco, su abandono es la intervención que tiene mayor impacto en la enfermedad. Según la última edición de la Guía Española para el manejo de la EPOC (GesEPOC), el paciente clasificado como no controlado tiene un mayor riesgo de agudización tanto a corto como a largo plazo. Por todo ello nos planteamos como objetivos evaluar si existe relación entre el grado control de la EPOC y la dependencia física a la nicotina.

Material y métodos: Para ellos se ha diseñado un estudio transversal incluyendo pacientes con EPOC que fueron derivados a la consulta monográfica de deshabituación tabáquica del Hospital Regional Universitario de Málaga para abandono del hábito tabáquico. Se recogieron datos demográficos, grado de control de la EPOC según cuestionario de la guía GesEPOC 2021, sintomatología medida por el cuestionario CAT.

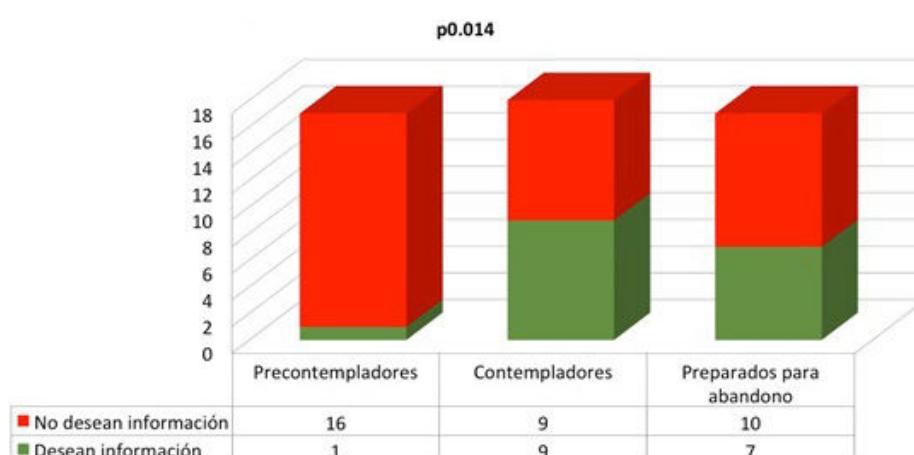


Figura 2. Comunicación 65. Etapa de cambio y deseo de información.

Fagerstrom medio	5.90 +-2.47
Cooximetria	16,16 +- 10.15ppm
Etapa deshabituación	Precontemplativa 1 paciente Contemplativa 10 pacientes Preparación 15 pacientes Acción 5 pacientes.
Grado dependencia	Leve 8 pacientes Moderada 10 pacientes Alta 13 pacientes
Tratamiento pautado	Nicotina 23 casos Todacitan 2 casos Disminución número cigarrillos 6 casos

Tabla 1. Comunicación 139.

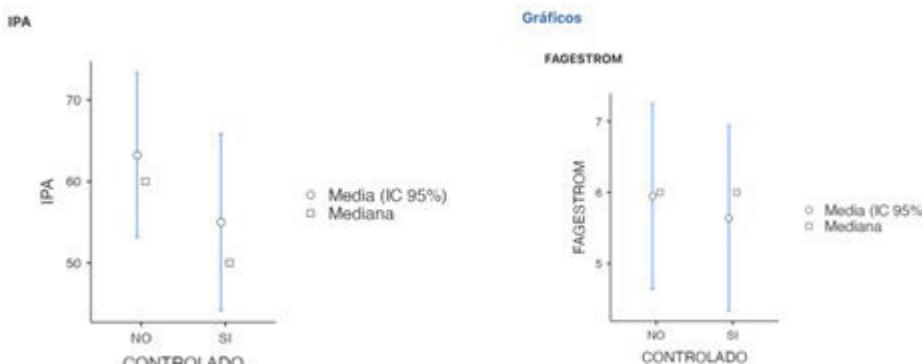


Figura 1. Comunicación 139.

Así como nivel de exposición a humo de tabaco medida mediante cooximetría, grado de dependencia física según Test de Fagerström, junto con el tipo de tratamiento para deshabituación empleados.

Resultados: Se incluyeron 31 pacientes, el 64,5% eran varones con una edad media de $61,06 \pm 5,44$ años, con un índice acumulado de $60,25 \pm 20,41$ paquetes/año, dentro de las comorbilidades más importantes encontramos 12 pacientes con HTA, 9 casos con dislipemia y 5 con antecedentes de cardiopatía isquémica. A nivel respiratorio presentaban una disnea media de 1,55 en la escala mMRC y un FEV1 medio de $1.444,37 \pm 569,73$ ml ($45,78 \pm 16,39\%$) con un CAT medio de $17,84 \pm 10,39$ puntos, en la tabla 1 se recogen las características de la primera consulta. Los pacientes con EPOC no controlada presentaban una dependencia física más alta, sin alcanzar la significación estadística, medida por el test de Fagerström ($5,94 \pm 2,82$) frente a pacientes no controlados ($5,64 \pm 2,2$), con una $p: 0,7$ IC95% (fig.). Además observamos que estos pacientes no controlados presentaban mayor índice acumulado, sin alcanzar la significación estadística, con una media de $63,3 \pm 21,8$ frente a los pacientes con EPOC controlado que tenía una media de $55 \pm 18,3$ p/a con una $p = 0,3$. IC95% (fig.).

Conclusiones: A pesar de las limitaciones del estudio, se observa una tendencia a que en los pacientes con mayor dependencia física a la nicotina y mayor índice acumulado presenten un peor control de la EPOC.

464. RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE PAQUETE-AÑO (IPA) Y EL ENFISEMA PULMONAR

Ignacio Jara Alonso, Deisy Barrios Barreto, María Ponte Serrano, Ana Victoria Castillo Durán, Sara González Castro, Winnifer Briceño Franquiz, Ana Retegui García, Diego Durán Barata, Laura Lago Lagunas, Patricia Mercado Fleitas, Edwin Yong Portugal y Rosa Mirambeaux Villalona

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

Introducción: El tabaquismo es la principal causa de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el enfisema pulmonar. En la actualidad existen pocos trabajos que hayan estudiado la relación entre la historia de tabaquismo con el enfisema pulmonar y la EPOC. Nuestro objetivo es demostrar la relación entre el enfisema pulmonar y la EPOC con el índice paquete-año (IPA), así como determinar la relación entre el enfisema radiológico con el diagnóstico de EPOC.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes valorados en la consulta de deshabituación tabáquica desde enero 2018 a octubre 2019 del Hospital Ramón y Cajal. Se analizaron 221 sujetos fumadores y exfumadores entre 50-75 años, y se valoró la presencia de enfisema pulmonar mediante tomografía computarizada de baja dosis de radiación (TBDR), y el diagnóstico de EPOC mediante espirometría con test de broncodilatación y test de difusión de monóxido de carbono (DLCO). El análisis descriptivo de las distintas variables se presentará como medias, desviación estándar y rango intercuartil. Los datos binarios se expresarán mediante frecuencias absolutas y relativas.

Resultados: Se analizaron 221 pacientes, 114 mujeres (52%) y 107 (48%) hombres, con una media de edad de $56,8 \pm 9,7$; IPA de $41,1$ (p25: 29; p50: 40; p75: 54,4); y de CO en aire espirado de $12,1 \pm 8,1$ ppm. Los pacientes tuvieron una puntuación del test de Fagerström de 7 ± 2 , test de Glover-Nilson de 30 ± 8 y test Richmond de 7 ± 3 . Se realizó TBDR a 196 sujetos, de los cuales 94 (48%) presentaron enfisema radiológico con una DLCO de 60 ± 19 . De los 94 sujetos, 93 (99%) tuvieron un IPA > 20 (fig.). Se objetivó una odds ratio (OR) de 17,3 (IC95% 2,24-133) en los sujetos con un IPA > 20 que tuvieron enfisema pulmonar. 78 sujetos (35,3%) tuvieron diagnóstico de EPOC, de los cuales 13% presentaron afectación funcional leve, 49% afectación moderada, 29,5% afectación grave y 9% afectación muy grave (tabla). De los 78 sujetos con EPOC, 57 (73%) tuvieron enfisema (OR 7,78; IC95% 3,9-15,2). Respecto a otras comorbilidades, 17 (8%) presentaban hi-

Afectación funcional	Pacientes
Leve, FEV1 > 80% n (%)	10/78 (13%)
Moderada, FEV1 50-79% n (%)	38/78 (49%)
Grave, FEV1 30-49% n (%)	23/78 (29%)
Muy grave FEV1 < 30% n (%)	7/78 (9%)

Tabla 1. Comunicación 464. Grado de afectación funcional de los pacientes con EPOC (78/221).

pertensión arterial, 3 (1,3%) diabetes mellitus, 5 (2%) dislipemia, 23 (10,4%) patología psiquiátrica, 6 (3%) cáncer de pulmón previo.

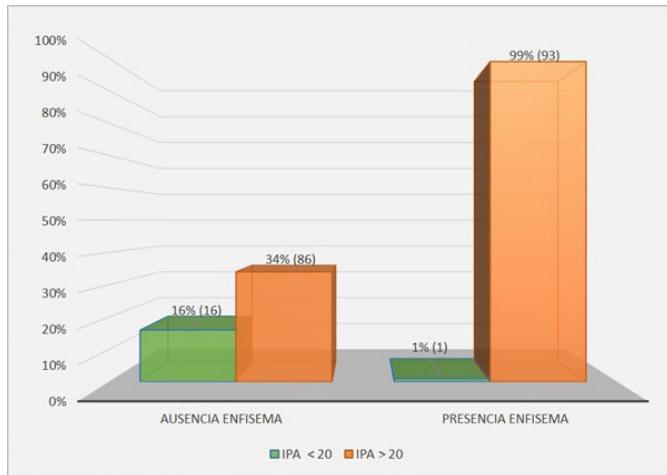


Figura 1. Comunicación 464. Relación del IPA con el enfisema radiológico.

Conclusiones: Una historia de tabaquismo con un IPA > 20 aumenta 17 veces el riesgo de desarrollar enfisema pulmonar. Por otro lado, en nuestro estudio se observó una fuerte asociación entre EPOC y enfisema pulmonar.

477. RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

Ana Sofía Martín Hernández, Ángel Luis Martín Fito, Elena García Castillo, Patricia Pérez González, María Rodrigo García, Marta Solís García, Jose María Eiros Bachiller, Elisa Martínez Besteiro, Mateo Hevia Menéndez, Laura Castellanos López, Guillermo Ansede Bordonaba y Julio Ancochea Bermúdez

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España.

Introducción: El tabaquismo es una enfermedad crónica causada por la adicción a la nicotina, siendo según la OMS la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte prematura en el mundo. El objetivo principal del estudio fue analizar los datos extraídos de la consulta de deshabituación tabáquica del Hospital Universitario La Princesa en 2020, evaluando la eficacia de los tratamientos, la abstinencia conseguida en el primer año y los nuevos diagnósticos de EPOC y AOS.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo en una consulta monográfica de tabaquismo del Hospital Universitario de La Princesa durante el año 2020. Para el análisis descriptivo se analizaron las principales características sociodemográficas de los pacientes, el diagnóstico de EPOC según el cociente fijo posbroncodilatador menor de 0,7, la AOS mediante poligrafía respiratoria y el test de Epworth. La dependencia tabáquica se midió con el test de Fagerström. Asimismo, se establecieron dos grupos entre los pacientes que consiguieron dejar de fumar y los que no, comparando si existieron

diferencias significativas entre los tratamientos utilizando el programa R (versión 3.6.0) siendo significativa una $p < 0,05$.

Resultados: De un total de 72 pacientes, se analizaron 63 (87,5%). Presentaban una edad media de 59,48 años, siendo un 60,3% mujeres y 39,7% hombres. Obtuvieron en el test Fagerström una puntuación media de 6,1 (dependencia moderada). El tratamiento farmacológico más pautado fue la vareniclina (65,1%), seguida de parches de nicotina (27%) y caramelos (25,4%). Los efectos secundarios de vareniclina fueron cefalea y alteración gastrointestinal. Lograron una abstinencia completa a los 6 meses el 38,1% (24), y al año el 19% (12). Se compararon las características de los pacientes en función de su abstinencia al año, no encontrándose diferencias significativas en cuanto a sexo, comorbilidades, Fagerström ni tratamiento pautado. De 31 espirometrías realizadas, 8 pacientes fueron nuevos diagnósticos de EPOC (12,7%). Se realizaron 4 poligrafías respiratorias y los 4 pacientes fueron diagnosticados de AOS (6,3%).

Características	Total (N=63)
Edad (media ± DS)	16.8 (7.72)
Sexo	
Hombre	25 (39.7%)
Mujer	38 (60.3%)
IMC (media ± DS)	29.1 (7.19)
Cigarrillos día (media ± DS)	19.3 (9.13)
IPA (media ± DS)	47.5 (22.4)
Edad de inicio hábito tabáquico (media ± DS)	17.5 (4.21)
Test Fagerström (media ± DS)	6.16 (2.46)
Intentos previos	
No	20 (31.7%)
Si	43 (68.3%)
Motivación	
Precontemplativa	19 (30.2%)
Contemplativa o activa	44 (69.8%)

Tabla 1. Comunicación 477. Características sociodemográficas y variables en relación con hábito tabáquico de la muestra estudiada.

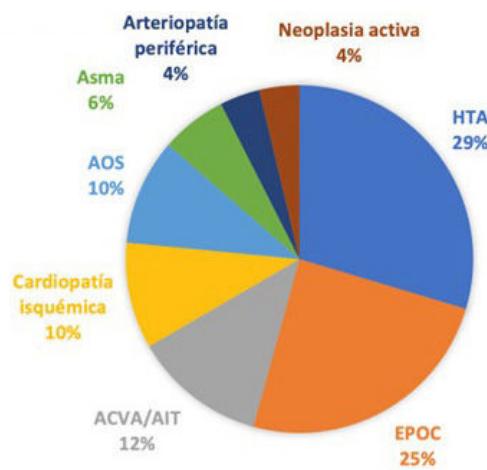


Figura 1. Comunicación 477. Comorbilidades.

Conclusiones: En la consulta monográfica de deshabituación tabáquica el 19% de los pacientes lograron una abstinencia completa al año de iniciar el seguimiento. Los tratamientos más utilizados fueron la vareniclina y como apoyo los parches y comprimidos, sin mostrar diferencias significativas entre tratamientos para lograr abstinencia. Fueron diagnosticados un 12,7% de pacientes con EPOC, y un 6,3% de AOS.

186. RESULTADOS PRELIMINARES DEL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO CON CITISINA

María Isabel Cristóbal Fernández¹, Ana Cicero Guerrero¹, Cristina Villar Laguna¹, Jose Ignacio de Granda Orive² y Carlos Andrés Jiménez Ruiz¹

¹Unidad Especializada en Tabaquismo, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. ²Servicio de Neumología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Introducción: La citisina es un fármaco para dejar de fumar que se comercializa en España desde hace unos meses. Presentamos resultados preliminares.

Material y métodos: Los pacientes fueron incluidos en un programa de tratamiento del tabaquismo utilizando asesoramiento psicológico, tratamiento con citisina a las dosis habituales durante 25 días y seguimiento durante seis meses. A lo largo de este período fueron vistos en siete ocasiones: visita basal, tres revisiones más a los 8, 18 y 25 días después del día D; y otras tres revisiones más a los 2, 3 y 6 meses después del día D. Durante el período de tratamiento farmacológico se analizaron la adherencia, los efectos adversos y la satisfacción del paciente con dicho tratamiento. Se analizó la abstinencia al final del tratamiento, y a los tres y seis meses después.

Resultados: Se incluyen un total de 26 fumadores con edad media 54,9 (11,2) años; 51,9% mujeres. Fumaban 23 (8,9) cigarrillos/día y 41,2 (22,8) paquetes/año. El 73% tenían muy alto o alto grado de dependencia física por la nicotina y el 64% fumaban por recompensa negativa. Durante el período de tratamiento el 65% de los pacientes cumplió con el 80% o más de las tomas y el 23% lo hizo con el 79 al 50% de las tomas. El 38% de los pacientes presentó al menos un efecto adverso. El efecto adverso más común fue el insomnio (17%). Otros efectos adversos fueron náuseas (11,7%) y vómitos (2,9%). La mayoría de los efectos adversos fueron leves (53%) y moderados (21%). El 57% de los pacientes se mostró muy satisfecho con la medicación y el 21,5% satisfecho. Los índices de abstinencia al final del tratamiento y a los tres y seis meses fueron: 97%, 90% y 73%, respectivamente.

Conclusiones: El tratamiento del tabaquismo con citisina mostró excelentes resultados de adherencia, tolerancia, satisfacción y de abstinencia a los tres y seis meses de seguimiento.

790. TABACO Y AGUDIZACIÓN GRAVE DE EPOC: ¿QUÉ RELACIÓN EXISTE?

Cinthya Paola Batres Erazo¹, Zaida Fabiola Donoso Correa¹, Berman Stalin Barragán Pérez¹, Ana Nacarino Burgos², Carlos Cabanillas Diez-Madroñero³, Beatriz Otilia Gómez Parra¹, Juan Antonio Riesco Miranda¹ y José Antonio Durán Cueto¹

¹Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España. ²Universidad de Extremadura, Cáceres, España. ³Hospital Universitario Doctor Josep Trueta, Girona, España.

Introducción: Es incuestionable la evidencia científica que sustenta el papel etiológico del tabaquismo (T) en la EPOC. Con respecto a la agudización (A) de esta enfermedad sigue existiendo cierta controversia acerca del potencial papel etiológico (o de riesgo asociado)

del T (activo o no). El objetivo de nuestro trabajo consistió en estudiar la posible relación de la presencia de T y la A grave de EPOC, así como de su como de su influencia pronóstica.

Material y métodos: Estudio observacional y prospectivo a partir de los pacientes (P) ingresados con A grave de EPOC en nuestro servicio de neumología durante un período de 11 meses (1 septiembre 2021 hasta 30 de agosto 2022). Se analizan variables epidemiológicas, clínicas y pronósticas en los P con antecedentes de T (activo o exfumador) al ingreso. Los resultados se almacenan en una base de datos desarrollada al efecto y se realiza estudio estadístico mediante el programa informático IBM SPSS versión 23.

Resultados: Ingresan un total de 96 P (87%V y 13%M), con una edad media de 72a. De estos, el 42% son fumadores activos (FA) (79%V- 21%M), el 56% son exfumadores (EF) (48% > 1 año sin fumar y el 8% 6-12 meses de abstinencia) y el 2% nunca ha fumado. Los FA tienen menor edad (67a), un consumo medio de 27c/d con un IPA de 64. El 6% se declara ser FA dual (añadiendo marihuana); ninguno consume dispositivos electrónicos. El fenotipo de EPOC predominante en el FA es el agudizador no eosinofílico (64%) y presentan disnea clase funcional II-III con OCFA severa en un porcentaje elevado de casos. En los FA son más frecuentes las alteraciones en TC (53%) y Rx de tórax (consolidación) (28%) que en el EF. Respecto al pronóstico: casi la mitad de FA (44%) precisó VMNI y solo 1P precisó asistencia en UCI. No hubo exitus entre los FA y solo reingresó 1 FA antes de los 3 meses del alta. Solo el 8% de los FA recibió tratamiento para el T durante su ingreso.

Conclusiones: 1. Casi 1 de cada 2P que ingresa por A de EPOC es FA y su perfil clínico corresponde a un varón de 67a con alto grado de consumo que presenta disnea clase funcional II/III, OCFA grave y un fenotipo agudizador no eosinofílico según GesEPOC. 2. Más de la mitad de los FA que ingresan por EPOC agudizado presentan alteraciones en el TC y 1 de cada 4 presenta alteración en Rx compatible con neumonía. 3. La necesidad de VMNI fue elevada en los FA, solo 1P precisó ingreso en UCI y no hubo exitus en este grupo. 4. El ingreso hospitalario por A de EPOC es un momento adecuado para iniciar tratamiento de T, algo que no sucedió en nuestro grupo de P.

203. TABAQUISMO ACTIVO EN LOS PACIENTES INGRESADOS POR EPOC CONOCIDO VS. EPOC DIAGNOSTICADOS TRAS EL INGRESO HOSPITALARIO

María Piñeiro Roncal¹, María Teresa Tejedor Ortiz², Gema María Siesto López³, Gonzalo Díaz Amor⁴, Sofía Yerovi Onofre¹, Beatriz Martín García¹, Clara Seghers Carrera², Carolina Urbina Carrera¹, Christian Castro Riera¹ y Graciliano Estrada Triguero¹

¹Hospital General de Segovia, Segovia, España. ²Hospital 12 de Octubre, Madrid, España. ³Hospital de Salamanca, Salamanca, España. ⁴TFS HealthScience, Madrid, España.

Introducción: El consumo de tabaco es la principal causa de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en nuestro medio y dejar de fumar tiene efectos beneficiosos en el declive del FEV1, los ingresos hospitalarios y el pronóstico de la enfermedad, sin embargo, hasta un tercio de los pacientes con EPOC continúan fumando a pesar de conocer los efectos nocivos para su enfermedad. El objetivo de nuestro trabajo fue analizar el tabaquismo activo en los pacientes ingresados por agudización de EPOC con diagnóstico previo de la enfermedad, respecto a los que fueron diagnosticados tras el ingreso.

Material y métodos: Estudio observacional, analítico y retrospectivo de los episodios de agudización de EPOC ingresados durante el 2021 en un hospital provincial. Las variables incluidas son características demográficas, clínicas y consumo de tabaco activo. Se ha

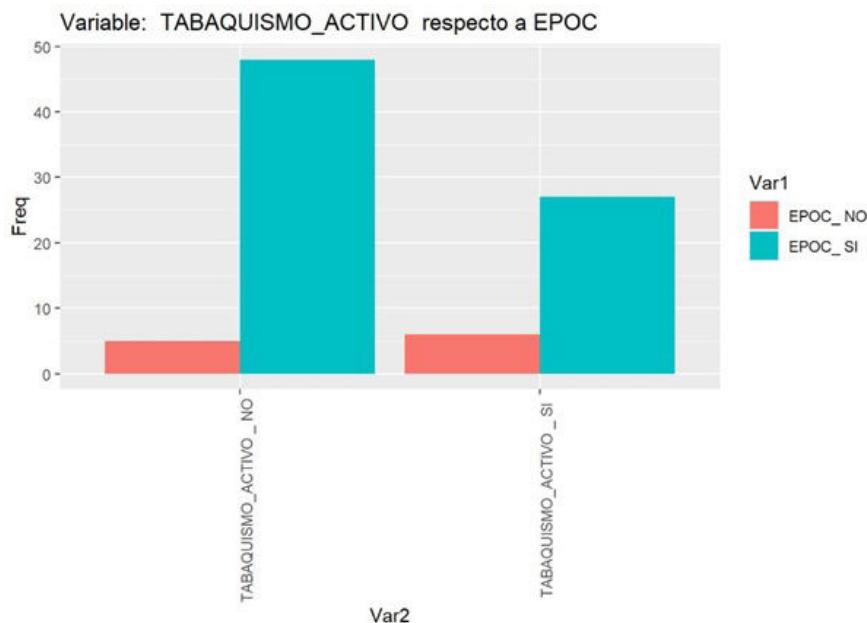


Figura 1. Comunicación 203. Comparación del consumo de tabaquismo activo entre pacientes ingresados por EPOC conocido vs. EPOC diagnosticados tras el ingreso hospitalario.

utilizado el test de Fisher para comparar el consumo de tabaco activo en los dos grupos de pacientes.

Resultados: Se incluyeron un total de 70 pacientes ingresados por agudización de EPOC. De ellos un 13% no tenían diagnóstico de EPOC previo al ingreso, presentando, además, una menor edad media (64 años vs. 75 años), una mejor función pulmonar (FEV1 medio 58 vs. 45%) y una menor estancia media hospitalaria (5,6 vs. 8,1 días). El 18% de los pacientes con diagnóstico a posteriori fueron mujeres vs. el 17% de los pacientes con diagnóstico previo. En 25 pacientes (35%) se objetivó tabaquismo activo, siendo mayor la proporción en el grupo sin diagnóstico de EPOC al ingreso respecto a los pacientes con diagnóstico previo (54 vs. 36), aunque sin objetivarse diferencias significativas entre ambos grupos ($p = 0,32$).

Conclusiones: En nuestro trabajo se observó una menor prevalencia de tabaquismo activo en pacientes con diagnóstico previo de EPOC, respecto a pacientes con enfermedad no diagnosticada. Si bien estos resultados no son significativos y además el porcentaje de fumadores con EPOC no es desdeñable, lo que recalca la necesidad de insistir y ayudar al cese del hábito tabáquico de estos pacientes, por parte de los profesionales médicos. Además se objetivó un porcentaje elevado de fumadores en pacientes con EPOC infradiagnosticado lo cual también refleja la importancia de, además de realizar deshabituación tabáquica, realizar un estudio espirométrico en pacientes con tabaquismo activo para descartar dicha enfermedad obstructiva.

934. TABAQUISMO, PRIMERA CAUSA EVITABLE “DE CONSULTA”

Manuel Ruiz Casanellas, Sandra Rambla Alsina, Sonia Ortiz Navarrete, Andrea Martínez Martínez, Vanesa Fernández Risco, Eduardo Marco Carmona, María del Carmen Funes Ayuso, Rebeca Seguín León, María Isabel Cano Díaz, Cristina Cánovas Nieto y Lidia Fenoy Berlanga

CAP Verdaguer, Sant Joan Despí, España.

Introducción: Según la OMS el tabaquismo es la primera causa evitable de muerte del mundo occidental (1) y se relaciona direc-

tamente con gran número de patologías (2). Los centros de atención primaria son fundamentales en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades (3). Sin embargo, el “Informe de salud en el mundo 2008” de la OMS (4) expone, como deficiencia común en la atención primaria de salud, el pasar por alto las posibilidades que ofrecen las actividades de prevención primaria y promoción de la salud de prevenir hasta un 70% de la carga de morbilidad. El objetivo de este estudio es ponderar el porcentaje de visitas dedicadas a la intervención tabáquica en el Centro de Atención Primaria Verdaguer de Sant Joan Despí durante un determinado periodo de tiempo con respecto al total de visitas de enfermería, e interrelacionarlo con la importancia del tratamiento antitabáquico y las funciones que caracterizan a la atención primaria.

Material y métodos: En nuestro centro la intervención tabáquica la realiza enfermería. Se excluyeron del estudio las visitas por extracciones sanguíneas, las domiciliarias, las realizadas por campañas de vacunación y las específicas para control de anticoagulación e inyectables. Entre los días 4 de octubre y 18 de noviembre de 2022 se revisaron 4.500 visitas de enfermería realizadas de forma correlativa por 9 profesionales a razón de 500 visitas por profesional. Se registraron los motivos de consulta categorizándolos en: visita aguda, revisión de analíticas, técnicas de enfermería, gestiones, control de la cronicidad y tabaquismo. A cada profesional se le asignó una letra (A, B, C, D, E, F, G, H, I) y se contabilizaron las visitas realizadas según la naturaleza de las mismas. Posteriormente se sumaron el total de visitas por motivo de consulta. Finalmente se calculó la media porcentual de consultas de enfermería por motivo de visita.

Resultados: De las 4.500 visitas revisadas, 45 fueron destinadas a intervención tabáquica. Un 1% del total. Por otra parte, las visitas espontáneas fueron 2.065, un 46%. La atención en tabaquismo supuso el número más bajo de visitas con independencia del profesional de enfermería que las realizará.

Conclusiones: Teniendo en cuenta la función de prevención y promoción de la salud característica de la atención primaria, en el tiempo y contexto analizados, la dedicación a la intervención tabáquica está muy por debajo de lo que le correspondería conforme a la relevancia del tabaquismo, primera causa evitable de mortalidad en el mundo occidental.

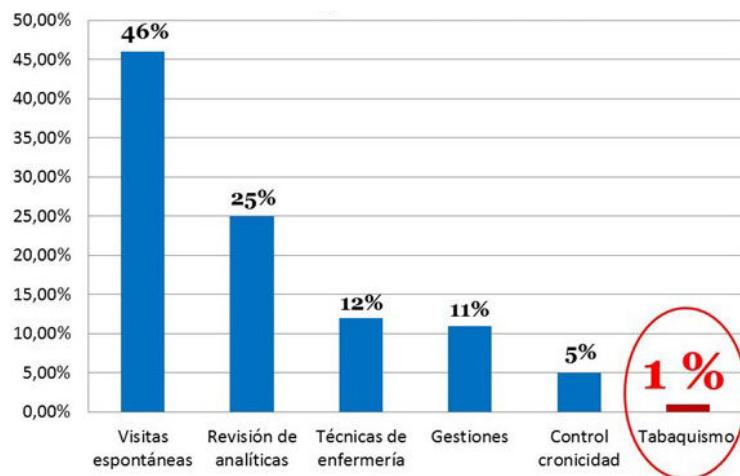


Figura 1. Comunicación 934. Media porcentual de consultas de enfermería por motivo de visita.

RESULTADOS	Enf. A	Enf. B	Enf. C	Enf. D	Enf. E	Enf. F	Enf. G	Enf. H	Enf. I	TOTAL
Visita aguda	233	198	216	239	199	274	247	247	212	2065
Revisión de analíticas	138	140	111	151	128	111	124	99	129	1131
Técnicas de enfermería	56	80	58	40	65	55	59	53	53	519
Gestiones	25	52	98	31	62	36	52	77	66	499
Control de cronicidad	43	22	12	37	43	22	15	15	32	241
Tabaquismo	5	8	5	2	3	2	3	9	8	45
VISITAS	500	500	500	500	500	500	500	500	500	4500

Figura 2. Comunicación 934. Resultados de cada profesional de enfermería por motivo de visita.

396. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA DEJAR DE FUMAR, COMPARACIÓN ENTRE CITISINA, TERAPIA SUSTITUTIVA CON NICOTINA (PARCHES) Y BUPROPIÓN

Paz Vaquero Lozano¹, Katiuska Herminia Liendo Martínez², Fátima Sofía García Valenzuela¹, Miguel Ángel Barinaga Caballero³, Sara Martínez Canedo³, Joaquín Salamanca Blanco⁴, Raquel Solano García-Tenorio⁵ y Julio César Vargas Espinal¹

¹Unidad de Tabaquismo, Servicio de Neumología CEP Hermanos Sangro, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España. ²Servicio de Neumología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España. ³CEP Hermanos Sangro, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España. ⁴PAC Morata de Tajuña, Madrid, España. ⁵Unidad de Hospitalización de Obstetricia, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Introducción: Existen tratamientos eficaces que apoyan el proceso de cesación del tabaquismo. Objetivo: evaluar y comparar las tasas de abstinencia en pacientes fumadores tratados con citisina, TSN (parches) y bupropión.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, de pacientes consecutivos (de enero a julio de 2022). Se recogieron las variables demográficas y de estatus del fumador. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS V.24.

Resultados: Se incluyeron 203 pacientes, 99 varones y 104 mujeres; con una edad media de 50,9 años y de inicio al consumo de 19,8 años. Presentaban un IPA de 23,1. El test de Fagerström (TF)

mostró una media de 7,2. La motivación era de 8,1. La cooximetría y la carboxihemoglobina presentaban una media de 19,7 y 3,7 respectivamente. El 91,1% había realizado algún intento previo. Con una abstinencia total del 54,1%. Realizaron tratamiento con citisina 38 pacientes, 21 varones y 17 mujeres con una edad media de 55,9 años y de inicio al consumo de 17 años. Presentaban un IPA de 33,1. El TF mostró una media de 6,6. La motivación era de 8,5. La cooximetría y la carboxihemoglobina presentaban una media de 22,8 y 4,2 respectivamente. El 94,7% había realizado algún intento previo. Con una abstinencia del 68,4% y de los no abstinentes el 66,7% no compraron la medicación. Con TSN 55 pacientes, 26 varones y 29 mujeres con una edad media de 50,1 años y de inicio al consumo de 16,4 años. Presentaban un IPA de 28,1. El TF mostró una media de 7,4. La motivación era de 7,8. La cooximetría y la carboxihemoglobina presentaban una media de 19 y 3,6 respectivamente. El 71% había realizado algún intento previo. Con una abstinencia del 47,2% y de los no abstinentes el 44,8% no completaron medicación. Con bupropión 110 pacientes 51 varones y 59 mujeres con una edad media de 49,5 años. y de inicio al consumo de 22,4 años. Presentaban un IPA de 17,2. El TF mostró una media de 7,2. La motivación era de 8,1. La cooximetría y la carboxihemoglobina presentaban una media de 19 y 3,6 respectivamente. El 74,5% había realizado algún intento previo. Con una abstinencia del 53,6% y de los no abstinentes el 51% no completaron medicación.

Conclusiones: Encontramos diferencia significativa en cuanto a la abstinencia entre citisina y los otros tratamientos. La citisina tenía la tasa más alta en cuanto a no retirada en farmacia de la medicación.

Sería necesario ampliar el periodo de estudio ya que a los últimos pacientes incluidos solo se les pudo hacer un seguimiento de dos meses.

TÉCNICAS Y TRASPLANTE

Función pulmonar

731. CAMBIOS FUNCIONALES EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA (FQ) TRATADOS CON TRIPLE TERAPIA DE MODULADORES DE CFTR; PRIMEROS RESULTADOS

Francisco Javier Campano Lancharro,

Jose Antonio Cascante Rodrigo, M^a Carmen Bermejo Navas,
Belén Marín Martínez y Pilar C. Cebollero Rivas

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España.

Introducción: La FQ es una enfermedad genética que altera un canal de cloro (CFTR) con > 2.000 mutaciones descritas y que afecta a 1:5.000 nacidos. Se produce una mucusidad anormalmente espesa que obstruye e inflama las vías respiratorias. Son necesarias pruebas para valorar la función pulmonar (PFR) y su deterioro.

Material y métodos: Estudio descriptivo de pacientes FQ atendidos en nuestra consulta a quienes realizamos una valoración clínica y funcional evolutiva. El objetivo es evaluar parámetros funcionales pre y posinicio de esa triple terapia (iniciada según indicaciones establecidas).

Resultados: Se han evaluado 14 pacientes, 10 mujeres (71,4%) y 4 hombres (28,6%), edad media $26,7 \pm 8,6$ años (rango: 9-44) e IMC $20,2 \pm 2,7$ [15,6-24,9]. El nivel del cloro en sudor fue $102,7 \pm 31,9$ mmol/L (mediana: 108,5). 11 (78,6%) presentan colonización bronquial por algún microorganismo y 8 de ellos (57,1%) por *P. aeruginosa*. 7 pacientes se encuentran con triple terapia, 1 con doble terapia (nadie en monoterapia), 13 con antibioterapia nebulizada (7 colistimeta sodio y 4 tobramicina) y el 85,7% realizan tratamiento inhalado (ICS y/o broncodilatadores). Funcionalmente (en la muestra total), encontramos 8 pacientes con LCFA (57,1%), ninguno con verdadera restricción (TLC) y solo 2 con DLCOc $\leq 75\%$. 7 desaturan en el T6min con una DT6min disminuida respecto al teórico (70,7%). En la CPET presentan un bajo tiempo en carga (lo que se correlaciona con baja WR, VO2máx o O2/HR) pero en ninguno se objetiva limitación respiratoria. Cabe señalar que la IOS podría ser más sensible que las PFR convencionales en la detección de obstrucción (tanto periférica como mixta) (fig. 1). 1 paciente ha sido remitido al centro trasplantador de referencia. 5 pacientes de los 7 que iniciaron tratamiento triple tienen PFR a los 6 meses aproximadamente (media: 189,2 días) (fig. 1); en este subgrupo se observa una mayor DT6min (+81,5m -clínicamente relevante-) y en la CPET (con mayor tiempo en carga) mayor WR, VO2máx y O2/HR (significativos). La IOS también muestra una mejora de sus parámetros (no significativa).

Conclusiones: Los pacientes que iniciaron tratamiento triple (como datos preliminares) presentan una respuesta funcional significativa en DT6min (y su relación con parámetros de CPET). La combinación de IOS y DT6min podría correlacionarse con la situación funcional y respuesta a tratamientos específicos. Necesitamos mayor tamaño muestral para establecer la valoración funcional multivariante que defina criterios de progresión, estabilidad y respuesta en pacientes con FQ.

	Antes triple terapia (n=5)	6 meses triple terapia (n=5)	
FVC (L%)	5'55 ± 0'47 (88,5%)	5'57 ± 0'2 (97%)	n = 5 → 4
FEV1 (L%)	2'17 ± 0'9 (71%)	2'6 ± 0'7 (85,5%)	
FEV1/FVC (%)	67'6 ± 18	72'2 ± 17'9	
DLCOc (%)	84 ± 12'1 [69-93]	91'5 ± 11'3 [78-101]	n = 3 → 4
PeNO (ppb)	14 ± 5'8 [8-17]	8	n = 4 → 1
SatO2 inicial(%)	95 ± 1'7	95 ± 2'3	n = 4 → 4
SatO2 final(%)	88 ± 14'1 [62-79-94]	82 ± 4'9 [75-8-85]	
SatO2 media(%)	91 ± 9'2	87 ± 3'4	
CT88 (%)	13'5 ± 44'2	68'6 ± 25'2	
Diffmin (ml/min)	54'05 ± 130'2 (76,0%)	63'1 ± 23'8 (82%)	
SatO2 inicial(%)	96 ± 1'5	97 ± 1'5	n = 4 → 4
SatO2 final(%)	92 ± 2'4	95'5 ± 2'2	
T.carga(s)	486 ± 159'2	592 ± 141'6	
W/W teórico (%)	57'6 ± 15	66'2 ± 16'9 (p = 0'02)	
VO2 máx (ml/min)	41'5 ± 6'7	77 ± 28'9 (p = 0'04)	
VO2 máx/kg (ml/min/kg)	18'7 ± 5'3	21'2 ± 9'5	
AT (%)	29'5 ± 3'9	44'9 ± 9'1 (p = 0'01)	
O2/WR (%)	64'2 ± 6'2	84'6 ± 19 (p = 0'04)	
VE/MVV (%)	83 ± 11'3	75 ± 11'3	
E _q CO2 AT	53'5 ± 1'4	50'45 ± 3'2	
BORR (dl/s)	6'5 / 4'5	5'5 / 5	
BS (l/s)	164 ± 56'6	143 ± 59'3	n = 3 → 5
R20 (%)	169 ± 57'8	140 ± 45'2	
D(5-10) (%)	55'6 ± 22'2	11'4 ± 13'9	
X5 (cmH2O/l/s)	-0'32 ± 0'2	-0'14 ± 0'1	
Free (l/s)	26'6 ± 5'7	14'4 ± 6'9	
dk	± 3 (100%)	± 2 (40%)	

Resto: p-value NS

Figura 1. Comunicación 731. Valores funcionales respiratorios (espirometría, difusión FeNO, T6min, CPET e IOS) en nuestros pacientes con FQ previo y post-inicio de triple terapia (moduladores CFTR) (valores en medianas).